



Universidad de Oviedo

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

Departamento de Psicología

AJUSTE SOCIO-EMOCIONAL EN ADOLESCENTES

M.^a de los Ángeles Sánchez García

Oviedo, 2020



Universidad de Oviedo

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

Departamento de Psicología

Modalidad: Compendio de publicaciones

AJUSTE SOCIO-EMOCIONAL EN ADOLESCENTES

M.^a de los Ángeles Sánchez García

Directores:

M.^a Mercedes Paino Piñeiro

Eduardo Fonseca Pedrero

Oviedo, 2020

**RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL**

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: AJUSTE SOCIO-EMOCIONAL EN ADOLESCENTES	Inglés: SOCIO-EMOTIONAL ADJUSTMENT IN ADOLESCENTS
2.- Autor	
Nombre: M. ^a de los ÁNGELES SÁNCHEZ GARCÍA	DNI/Pasaporte/NIE:
Programa de Doctorado: CIENCIAS DE LA SALUD; línea: Psicología Clínica y de la Salud	
Órgano responsable: Comisión Académica del Programa de Doctorado: Ciencias de la Salud.	

RESUMEN (en español)

La tesis doctoral se presenta como compendio de publicaciones sobre el bienestar emocional en los adolescentes. Pretende analizar las dificultades emocionales y comportamentales autoinformadas por adolescentes y su relación con bienestar emocional, afecto positivo y negativo, conducta suicida, *bullying* y *ciberbullying*, consumo de sustancias, rendimiento académico y esquizotipia. La muestra la formaron un total de 1.664 estudiantes ($M=16,12$ años; $DT=1,36$; 782 varones), seleccionados mediante muestreo estratificado por conglomerados. Se utilizaron diferentes instrumentos para evaluar la salud mental y el ajuste socioemocional. Los resultados mostraron que el 7,7% de los adolescentes manifestaron posible riesgo de problemas de salud mental, mientras que el 13,4% estaría en la franja de puntuación límite de riesgo. El 4,1% de los adolescentes indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida. Un 5,6% del alumnado percibió *bullying* y el 2% *ciberbullying* varias veces por semana. La prevalencia vital de consumo de sustancias fue del 40,6% para el tabaco, del 79,4% para el alcohol y del 23,6% para el cannabis. Las dificultades emocionales y comportamentales correlacionaron de forma negativa con el bienestar emocional subjetivo ($r = -0,45$, $p \leq 0,01$) y Afecto Positivo ($r = -0,44$, $p \leq 0,01$), y de forma positiva con Afecto Negativo ($r = 0,45$, $p \leq 0,01$). Además, el alumnado con un peor rendimiento académico informó de mayores dificultades en ajuste emocional y comportamental. Los consumidores de alcohol y tabaco, comparados con los no consumidores, informaron de mayores puntuaciones medias en algunas dimensiones de esquizotipia, no así los consumidores de cannabis. Este estudio permitirá mejorar nuestra comprensión sobre el bienestar emocional y la salud mental de los adolescentes, de cara al diseño de estrategias de prevención.



Palabras clave: adolescencia, ajuste socio-emocional, conducta suicida, acoso escolar, consumo de sustancias, esquizotipia.

RESUMEN (en Inglés)

The doctoral thesis is presented as a summary of publications based on emotional well-being in adolescents. It aims to analyze the emotional and behavioral difficulties reported by Spanish adolescents and their relationship with emotional well-being, negative affect, suicidal behavior, bullying and cyberbullying, substance use, academic performance and schizotypy. The sample consisted of a total of 1,664 students ($M = 16.12$ years, $SD = 1.36$, range 14-19 years, 782 males), selected by stratified sampling by conglomerates. Different instruments were used to assess mental health and socio-emotional adjustment. The results showed that 7.7% of the adolescents manifested possible risk of mental health problems, while 13.4% would be in the risk limit score range. 4.1% of adolescents indicated that at some point they had tried to take their own lives. 5.6% of students perceived bullying and 2% cyberbullying several times a week. The vital prevalence of substance use was 40.6% for tobacco, 79.4% for alcohol and 23.6% for cannabis. Emotional and behavioral difficulties correlated negatively with subjective emotional well-being ($r = -0.45$, $p \leq 0.01$) and Positive Affect ($r = -0.44$, $p \leq 0.01$) and positively with Negative Affect ($r = 0.45$, $p \leq 0.01$). In addition, students with worse academic performance reported greater difficulties in emotional and behavioral adjustment. Consumers of alcohol and tobacco, compared to non-users, reported higher mean scores on some dimensions of schizotypy, but not cannabis users. This study will improve our understanding of the emotional well-being and mental health of adolescents, with a view to designing prevention strategies.

Key words: adolescence, socio-emotional adjustment, suicidal behavior, bullying, substance use, schizotypy.

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

A mis padres, a quienes agradezco la vida y todo.

AGRADECIMIENTOS

Conocer a Eduardo Fonseca fue el primer paso para esta Tesis Doctoral, gracias a su ayuda, su generosidad, su motivación, siempre he oído un “sí, claro” y ha sacado tiempo de donde no lo había para orientar, acompañar y aconsejar hasta el último paso de este trabajo. La experiencia de Mercedes Paino como codirectora de la Tesis ha sido un engrandecimiento a este trabajo con su constancia, buen hacer, consejos, revisiones pautadas y un gran apoyo humano. Ambos destacan por su entrega en el trabajo, su generosidad y sus inestimables aportaciones como investigadores.

Esta Tesis se enmarca dentro de una investigación más amplia sobre el bienestar emocional de los adolescentes riojanos y me gustaría agradecer a todos los que han colaborado en este trabajo, concretamente a todos los profesores del Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de La Rioja, en especial a Alicia y Javier que han colaborado y aportado su saber en las publicaciones. A los profesionales de la Consejería de Salud, de la Consejería de Educación, y a todos los centros educativos que han participado en dicha investigación.

A mi familia, padres y hermanos: gracias por darme ese amor incondicional y enseñarme que con ilusión, constancia y esfuerzo se consigue lo que te propongas. A mi marido e hijo, que han sido el soporte vital, me han entregado todo su cariño, son los maestros de vida que me han dado la fuerza para cumplir mis sueños.

A mi amiga Flor que ha vivido conmigo este proceso y otros, gracias por tu generosidad, tu apoyo vital y los paseos compartidos. A mis amigas las enfermeras, las de la huerta, las maestras jubiladas que creen más en mí que yo misma, que siempre tienen una palabra de aliento y me han enseñado tanto a lo largo de sus vidas.

A todos los trabajadores, sanitarios, cuerpos de seguridad, compañeros de trabajo y empresas solidarias, gracias por su esfuerzo, generosidad y profesionalidad ante la pandemia.

Parafraseando a Antonio Machado “En cuestiones de cultura y de saber, solo se pierde lo que se guarda; solo se gana lo que se da”.

FINANCIACIÓN

Los estudios que conforman esta Tesis Doctoral han sido financiados por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN) (referencia PSI2014-56114-P), por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), por la Convocatoria 2015 de “Ayudas Fundación BBVA a Investigadores y Creadores Culturales”, por las “Ayudas Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica 2017”, por el Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) (referencia PSI 2016-79524-R) y cofinanciado con fondos FEDER en el PO FEDER de La Rioja 2014-2020 (SRS 6FRSABC026).

ÍNDICE

Resumen/Abstract	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Salud mental y bienestar emocional en la adolescencia	1
1.1.1. Delimitación conceptual	1
1.1.2. Adolescencia: salud mental y bienestar emocional.....	5
1.1.3. Dificultades emocionales y conductuales en la adolescencia.....	10
1.1.4. Promoción del bienestar emocional y prevención de los problemas de salud mental.....	12
1.1.5. Modelos etiológicos en salud mental	17
1.1.6. Epidemiología.....	22
1.1.7. Impacto socio-sanitario de las dificultades y problemáticas psicológicas	24
1.2. Dificultades específicas en el ajuste socio-emocional en la adolescencia.....	29
1.2.1. Afecto positivo y negativo	29
1.2.2. Conducta suicida	31
1.2.3. <i>Bullying y cyberbullying</i>	37
1.2.4. Consumo de sustancias	39
1.2.5. Impacto escolar: problemas de rendimiento académico	41
1.2.6. Riesgo de psicosis: esquizotipia	44
1.3. Limitaciones de las investigaciones previas	46
2. OBJETIVOS	47

3. PUBLICACIONES	49
3.1. Sánchez-García, M. A., Lucas-Molina, B., Fonseca-Pedrero, E., Pérez- Albéniz, A., y Paino, M. (2018). Emotional and behavioral difficulties in adolescence: Relationship with emotional well-being, affect, and academic performance. <i>Anales de Psicología</i> 34 (3), 482-489. https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.296631	49
3.2. Sánchez-García, M. A., Pérez de Albéniz, A., Paino, M. y Fonseca- Pedrero, E. (2018). Ajuste emocional y comportamental en una muestra de adolescentes españoles. <i>Actas Españolas de Psiquiatría</i> , 46(6), 205–216. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30552810	59
3.3. Sánchez-García, M. de los Á., Ortuño-Sierra, J., Paino, M., y Fonseca-Pedrero, E. (2020). Relación entre consumo de sustancias y rasgos esquizotípicos en adolescentes escolarizados. <i>Adicciones</i> , 0. https://doi.org/10.20882/adicciones.1216	73
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	89
4.1. Dificultades emocionales y comportamentales en la adolescencia: relación con bienestar emocional, afecto y rendimiento académico	89
4.2. Ajuste emocional y comportamental en una muestra de adolescentes españoles	91
4.3. Relación entre consumo de sustancias y rasgos esquizotípicos en adolescentes escolarizados	93
4.4. Conclusiones	97
4.5. Conclusions (bis)	98
4.6. Limitaciones y futuras investigaciones	99
5. REFERENCIAS	101
ANEXOS	131

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Dimensiones propuestas en el modelo de bienestar de Carol Ryff</i>	3
Tabla 2 <i>Factores de riesgo y protección de salud mental (OMS, 2004)</i>	16
Tabla 3 <i>Principales factores de riesgo, protección y precipitantes de la conducta suicida</i>	33
Tabla 4 <i>Esquema de intervenciones para prevención del suicidio</i>	35
Tabla 5 <i>Variables predictoras del rendimiento académico incluidas en el estudio de Álvaro Page et al. (1990)</i>	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Modelo de Promoción de Salud de Pender, 1996</i>	2
Figura 2 <i>Modelo de Desarrollo Positivo del Adolescente</i>	9
Figura 3 <i>Modelo de Vulnerabilidad-Estrés</i>	18
Figura 4 <i>Modelo Estrés-Diatésis para la conducta suicida</i>	19
Figura 5 <i>Modelo Heurístico Vulnerabilidad-Estrés</i>	20

LISTADO DE ABREVIATURAS

AN: Afecto Negativo.

ANAR: Fundación, Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo.

ANOVA: Análisis Univariado de la Varianza.

AP: Afecto Positivo.

AVAD: Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad.

AVP: Años de Vida Perdidos.

CEICLAR: Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja.

Dt: Desviación típica.

EMCDDA: Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España.

ESEMED: *European Study on the Epidemiology of Mental Disorders.*

ESO: Educación Secundaria Obligatoria.

ESQUIZO-Q: Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia.

ESTUDES: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España.

FAS-II: *Family Affluence Scale-II.*

FEAPES: Federación Española de Agrupaciones Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INF-OV: Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta.

JRC: *Journal of Citation Reports.*

M: Media.

MANOVA: Análisis Multivariado de la Varianza.

MNS: Trastornos Mentales, Neurológicos y por abuso de Sustancias.

MSSSI: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

N: Muestra

OECD: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

OEDT: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PANAS-C: *Positive and Negative Affect Schedule for Children.*

PIB: Producto Interior Bruto.

PNSD: Plan Nacional Sobre Drogas.

PWI-SC: *Personal Wellbeing Index-School Children.*

PYD: *Positive Youth Development.*

RAE: Real Academia Española.

SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire.*

SEYLE: *Saving and Empowering Young Lives in Europe.*

SUPRE: *Suicide Prevention program.*

UNICEF: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas.

RESUMEN

La tesis doctoral se presenta como compendio de publicaciones sobre el bienestar emocional en los adolescentes. Pretende analizar las dificultades emocionales y comportamentales autoinformadas por adolescentes y su relación con bienestar emocional, afecto positivo y negativo, conducta suicida, *bullying* y *ciberbullying*, consumo de sustancias, rendimiento académico y esquizotipia. La muestra la formaron un total de 1.664 estudiantes ($M=16,12$ años; $DT=1,36$; 782 varones), seleccionados mediante muestreo estratificado por conglomerados. Se utilizaron diferentes instrumentos para evaluar la salud mental y el ajuste socioemocional. Los resultados mostraron que el 7,7% de los adolescentes manifestaron posible riesgo de problemas de salud mental, mientras que el 13,4% estaría en la franja de puntuación límite de riesgo. El 4,1% de los adolescentes indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida. Un 5,6% del alumnado percibió *bullying* y el 2% *ciberbullying* varias veces por semana. La prevalencia vital de consumo de sustancias fue del 40,6% para el tabaco, del 79,4% para el alcohol y del 23,6% para el cannabis. Las dificultades emocionales y comportamentales correlacionaron de forma negativa con el bienestar emocional subjetivo ($r = -0,45$, $p \leq 0,01$) y Afecto Positivo ($r = -0,44$, $p \leq 0,01$), y de forma positiva con Afecto Negativo ($r = 0,45$, $p \leq 0,01$). Además, el alumnado con un peor rendimiento académico informó de mayores dificultades en ajuste emocional y comportamental. Los consumidores de alcohol y tabaco, comparados con los no consumidores, informaron de mayores puntuaciones medias en algunas dimensiones de esquizotipia, no así los consumidores de cannabis. Este estudio permitirá mejorar nuestra comprensión sobre el bienestar emocional y la salud mental de los adolescentes, de cara al diseño de estrategias de prevención.

Palabras clave: adolescencia, ajuste socio-emocional, conducta suicida, acoso escolar, consumo de sustancias, esquizotipia.

ABSTRACT (bis)

The doctoral thesis is presented as a summary of publications based on emotional well-being in adolescents. It aims to analyze the emotional and behavioral difficulties reported by Spanish adolescents and their relationship with emotional well-being, negative affect, suicidal behavior, bullying and cyberbullying, substance use, academic performance and schizotypy. The sample consisted of a total of 1,664 students ($M = 16.12$ years, $SD = 1.36$, range 14-19 years, 782 males), selected by stratified sampling by conglomerates. Different instruments were used to assess mental health and socio-emotional adjustment. The results showed that 7.7% of the adolescents manifested possible risk of mental health problems, while 13.4% would be in the risk limit score range. 4.1% of adolescents indicated that at some point they had tried to take their own lives. 5.6% of students perceived bullying and 2% cyberbullying several times a week. The vital prevalence of substance use was 40.6% for tobacco, 79.4% for alcohol and 23.6% for cannabis. Emotional and behavioral difficulties correlated negatively with subjective emotional well-being ($r = -0.45$, $p \leq 0.01$) and Positive Affect ($r = -0.44$, $p \leq 0.01$) and positively with Negative Affect ($r = 0.45$, $p \leq 0.01$). In addition, students with worse academic performance reported greater difficulties in emotional and behavioral adjustment. Consumers of alcohol and tobacco, compared to non-users, reported higher mean scores on some dimensions of schizotypy, but not cannabis users. This study will improve our understanding of the emotional well-being and mental health of adolescents, with a view to designing prevention strategies.

Key words: adolescence, socio-emotional adjustment, suicidal behavior, bullying, substance use, schizotypy.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Salud mental y bienestar emocional en la adolescencia.

1.1.1. Delimitación conceptual.

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como recoge la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001, p.1). En consecuencia, en esta nueva era hay un cambio de mirada hacia el concepto de salud, no solamente para prevenir la enfermedad, sino también para promoverla (véase Figura 1) y que susciten estilos de vida saludables. Concretamente en España, dentro del Sistema Nacional de Salud incluye, como una línea estratégica, la promoción de la salud mental de la población, prevención de la salud mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

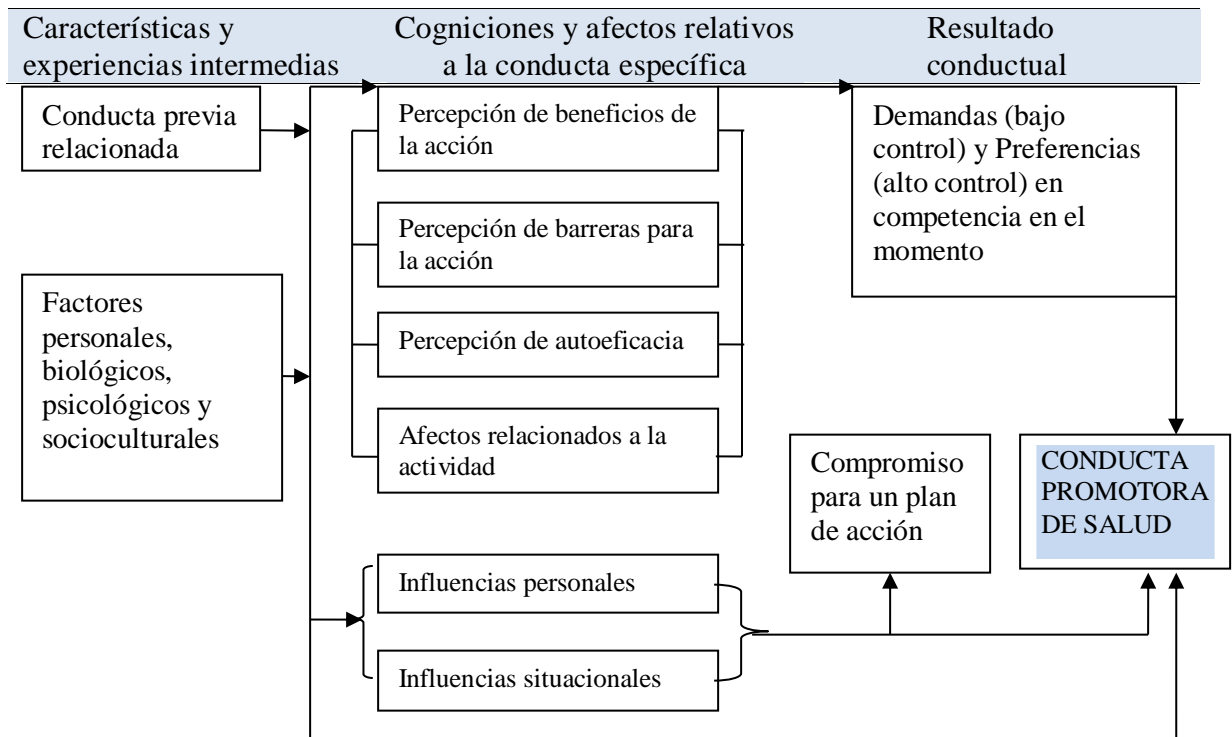
La salud mental participa en todos los aspectos de la vida, puede ser considerada como un recurso individual que contribuye a la calidad de vida del individuo y puede aumentar o disminuir de acuerdo con las acciones ejercidas por la sociedad. La salud mental tiene una relación recíproca con el bienestar y la productividad de una sociedad y sus miembros. Según recoge la OMS (2004):

- Es esencial para el bienestar y funcionamiento de los individuos.
- Es un recurso importante para los individuos, familias, comunidades y naciones.
- Es parte invisible de la salud general, contribuye a las funciones de la sociedad y tiene un efecto sobre la productividad general.
- Abarca a todas las personas ya que se genera en nuestra vida diaria en las casas, escuelas, lugares de trabajo y actividades recreativas.
- Contribuye al capital social, humano y económico de cada sociedad.

- La espiritualidad puede realizar una contribución significativa a la promoción de la salud mental.

Figura 1

Modelo de Promoción de Salud de Pender, 1996.



Nota: Cid, Stievich y Merino (2006).

Por otro lado, el bienestar emocional se refiere al balance global que las personas hacen de sus oportunidades vitales, del curso de los acontecimientos a los que se enfrentan y de la experiencia emocional derivada de ello, es decir, de cuánto le gusta a una persona la vida que lleva (Veenhoven, 1994). Es decir, el bienestar puede ser conceptualizado como el grado en que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables. En este sentido, diversos investigadores han sugerido indicadores que abarcarían tres dominios fundamentales de salud mental (Keyes, 1998; Ryff y Keyes, 1995): el bienestar emocional (satisfacción percibida con la propia vida, felicidad, alegría, tranquilidad), el bienestar psicológico (autoaceptación, crecimiento personal, optimismo, esperanza, sentido de la vida, espiritualidad, autodirección) y el bienestar social (aceptación social, creencias en el potencial

de las personas y la sociedad, autoestima en relación con la utilidad para la sociedad). Uno de los ejemplos más significativos es el modelo de bienestar de Carol Ryff (1995) (Tabla 1), quien plantea seis dimensiones básicas que delimitarían el espacio de la salud mental.

Tabla 1

Dimensiones propuestas en el Modelo de Bienestar de Carol Ryff.

DIMENSIÓN	NIVEL ÓPTIMO	NIVEL DEFICITARIO
Control ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de control y competencia • Control de actividades • Sacar provecho de oportunidades • Capaz de crearse o elegir contextos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de indefensión • Locus externo generalizado • Sensación de descontrol
Crecimiento personal	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de desarrollo continuo • Se ve a sí mismo en progreso • Abierto a nuevas experiencias • Capaz de apreciar mejoras personales 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de no aprendizaje • Sensación de no mejora • No transferir logros pasados al presente
Propósito en la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos en la vida • Sensación de llevar un rumbo • Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de estar sin rumbo • Dificultades psicosociales • Funcionamiento premórbido bajo
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de resistir presiones sociales • Es independiente y tiene determinación • Regula su conducta desde dentro • Se autoevalúa con sus propios criterios 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de asertividad • No mostrar preferencias • Actitud sumisa y complaciente • Indecisión
Autoaceptación	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva hacia uno mismo • Acepta aspectos positivos y negativos • Valora positivamente su pasado 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfeccionismo • Más uso de criterios externos
Relaciones positivas con otros	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones estrechas y cálidas con otros • Le preocupa el bienestar de los demás • Capaz de fuerte empatía, afecto e intimidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit en afecto, intimidad, empatía

Nota: Vázquez y Hervás (2008).

Por su parte Diener (1984) propuso tres principios para el estudio del bienestar subjetivo:

a) La consideración de que el bienestar psicológico se basa en la propia experiencia del individuo en sus percepciones y evaluaciones sobre esta experiencia.

b) La inclusión en su estudio de medidas positivas y no sólo la ausencia de aspectos negativos.

c) La incorporación de algún tipo de evaluación global sobre toda la vida de la persona, denominada satisfacción vital.

Estos principios llevan a este autor a poder identificar los componentes del bienestar: por un lado, componentes estables (lo cognitivo), que son los más relevantes para la investigación, por su mantenimiento a lo largo del tiempo e impregnan la vida global de las personas; por otro lado, está el componente más cambiante, los afectos que son cambiantes, lábiles y momentáneos y, por consiguiente, van a producirse variaciones circunstanciales en función de los afectos predominantes. La apreciación de los eventos modifica el bienestar en función del afecto negativo y positivo predominante.

En este sentido, se ha comprobado que las personas que experimentan muchos eventos positivos y escasos negativos, presentan puntuaciones en bienestar subjetivo mayores que quienes tienen que hacer frente a muchas adversidades, sin que estas se vean acompañadas de un alto número de experiencias positivas (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Gómez-Romero y Ardilla-Herrero, 2012; Solano, 2009; Viñas, González, García, Malo y Casas, 2015). De hecho, la salud mental implica también un estado de bienestar emocional positivo (Inzunza, Valdenegro Egozcue y Oyarzún Gómez, 2013). Otros estudios corroboran que un individuo que tiene un alto bienestar subjetivo expresa satisfacción con su vida y frecuentes emociones positivas, y solo infrecuentemente, emociones negativas (García Martín, 2002).

Tanto la salud mental como el bienestar emocional son fundamentales para el desarrollo cognitivo, la expresión adecuada de sentimientos, la interacción con los demás y la

contribución a la sociedad; así la promoción, protección y restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales para las personas, comunidades y sociedades de todo el mundo.

1.1.2. Adolescencia: salud mental y bienestar emocional.

La adolescencia es un término que, al menos desde su etimología, tiene dos acepciones distintas: la primera, del latín *adolescere*, que significa “crecer”, manifiesta el crecimiento corporal que tiene la persona en esta fase del desarrollo y, por otro lado, *adolecer*, que se refiere a “estar en carencia de algo” que expresa una connotación de estar en el proceso de conseguir algo de lo que se carece, como periodo de transición de la niñez a la madurez. Las dos definiciones son complementarias y muy válidas para explicar los cambios biológicos, emocionales y transformación intelectual que se produce en esta etapa. Hacen referencia al crecimiento personal, al irse formando como persona autónoma, independiente con madurez para trabajar y expresar afectos.

La OMS define la adolescencia como un periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce desde la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años (OMS, 2014). Se trata de una de las etapas de transición más importantes de la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales. En cambio, la duración y las características propias de esta etapa vital pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. En este sentido, la siguiente cita es ilustrativa:

“Todos nuestros adolescentes actuales parecen amar el lujo, tienen malos modales, y desprecian la autoridad, son irrespetuosos con los adultos y se pasan el tiempo vagando por las plazas y chismorreando entre ellos, son inclinados a contradecir a sus padres, monopolizan la conversación cuando están en compañía, comen con glotonería y tiranizan a sus maestros” (Sócrates, siglo V a. C.).

En general, se podría decir que la adolescencia es el proceso de cambios físicos, psicológicos y sociales, que requiere de ajustes por parte del individuo en función de la

interacción dinámica con sus diferentes contextos. Se manifiestan cambios biológicos como la pubertad -porque lo más llamativo es la aparición del vello del pubis- y es el crecimiento del sistema genito-sexual. Esta circunstancia biológica supone la aparición de las primeras tendencias amorosas, la necesidad de romper con la infancia, el cambio en la experiencia afectiva que supone la experimentación de una necesidad de identidad y autonomía. A nivel cerebral, en la adolescencia también acontecen cambios relevantes, que tendrán un impacto a nivel psico-social, como son la mielinización, la maduración cerebral o la poda sináptica. Además, existe una maduración que supone un cambio cualitativo de la inteligencia, que consiste en el paso de lo que se llama el periodo de las operaciones concretas al de las operaciones abstractas, utilizando términos de Piaget (1972), por el que los adolescentes son capaces de crear intelectualmente unos conceptos universales y sacar consecuencias abstractas de la experiencia concreta que tienen en su entorno. La conciencia, el lenguaje, el pensamiento, la afectividad, la percepción, la atención, el juicio y la inteligencia se encuentran en pleno desarrollo. Gran parte de estos procesos requieren el desarrollo de las funciones ejecutivas, es decir, la madurez de los lóbulos prefrontales tiene enorme repercusión en la planificación y resolución de problemas, control de impulsos, flexibilidad cognitiva y capacidad de evaluar las consecuencias de la toma de decisiones (Diamond, 2013; Filippetti y López, 2013). Así se involucran los procesos cognitivos, emocionales y conductuales en el desarrollo del adolescente en un entorno seguro y propicio (Lezak, 2012).

El adolescente comienza a poner todo en tela de juicio (p.ej., la familia, los estudios, la sociedad). Por ello, también tiende a ser un periodo crítico, lo que no supone prejuzgar esa crisis como algo negativo, sino constatar que el adolescente está sufriendo una crisis interior que le supone: la plena búsqueda del “yo” o estado de identidad (tensiones interiores, impulsividad, cambios de carácter, sensaciones de depresión, otros momentos de euforia, en ocasiones irritabilidad...); afianzamiento de cambios cognitivos y desarrollo de un sistema de valores. Es un momento crucial para la consolidación y afirmación de la identidad, de la búsqueda de autonomía e integración en el grupo de iguales (Musitu y Cava, 2002). Esta transición hace al adolescente más sensible y especialmente permeable a casi todo, a lo bueno y saludable y a lo que perjudica su salud. Así, surgen conflictos con los progenitores, resistencia a la autoridad, cambios en el estado de ánimo y aparición de conductas

arriesgadas. Es en esta etapa cuando se inician en conductas de riesgo como el abuso de sustancias (tabaco, alcohol, cannabis) y, por ende, predicen otras conductas concurrentes como: actividad sexual insegura, con el riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual, conducta delincuente y antisocial, violencia, problemas mentales y fracaso en la escuela (Arango, Castro, Ímaz y Fernández, 2013; Folgar, Rivera, Sierra y Vallejo-Medina, 2015; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2018; Moñino García, Piñero Ruiz, Areñe y Fuensanta, 2013; Sendino et al., 2016).

En general, este periodo del desarrollo en el que el individuo consigue su madurez biológica y sexual y busca adquirir la madurez emocional y social, suele ser una etapa que afecta al bienestar emocional y la salud mental. La OMS (2005, 2014a) insiste en que la salud mental está vinculada a la salud física y es una nueva prioridad de salud pública; de modo que debe abordarse la salud desde una perspectiva integral y más positiva. Este ciclo de vida ofrece una segunda oportunidad para conseguir corregir las dificultades que han podido surgir en la infancia, aplicar intervenciones durante la adolescencia que mitiguen los efectos negativos a largo plazo y eviten que afecte a la salud a largo plazo. De ahí que, políticas que fomenten y protejan la salud de los adolescentes han pasado a ocupar un lugar destacado en las agendas de salud pública (en el ámbito individual con las familias y los pares y con la comunidad). Además, el entorno social o los valores éticos de los centros educativos pueden contribuir positivamente a la salud física y mental. Así surge una nueva forma de abordar la salud mental; además de los factores de riesgo (modelo del déficit) debemos centrarnos en factores ambientales, conductuales o sociales (modelo de la competencia) (Damon, 2004; Lerner, 2005). Ambos modelos son complementarios, puesto que el desarrollo de competencias resulta inversamente proporcional al desempeño de conductas de riesgo (Lerner, Roeser y Phelps, 2008).

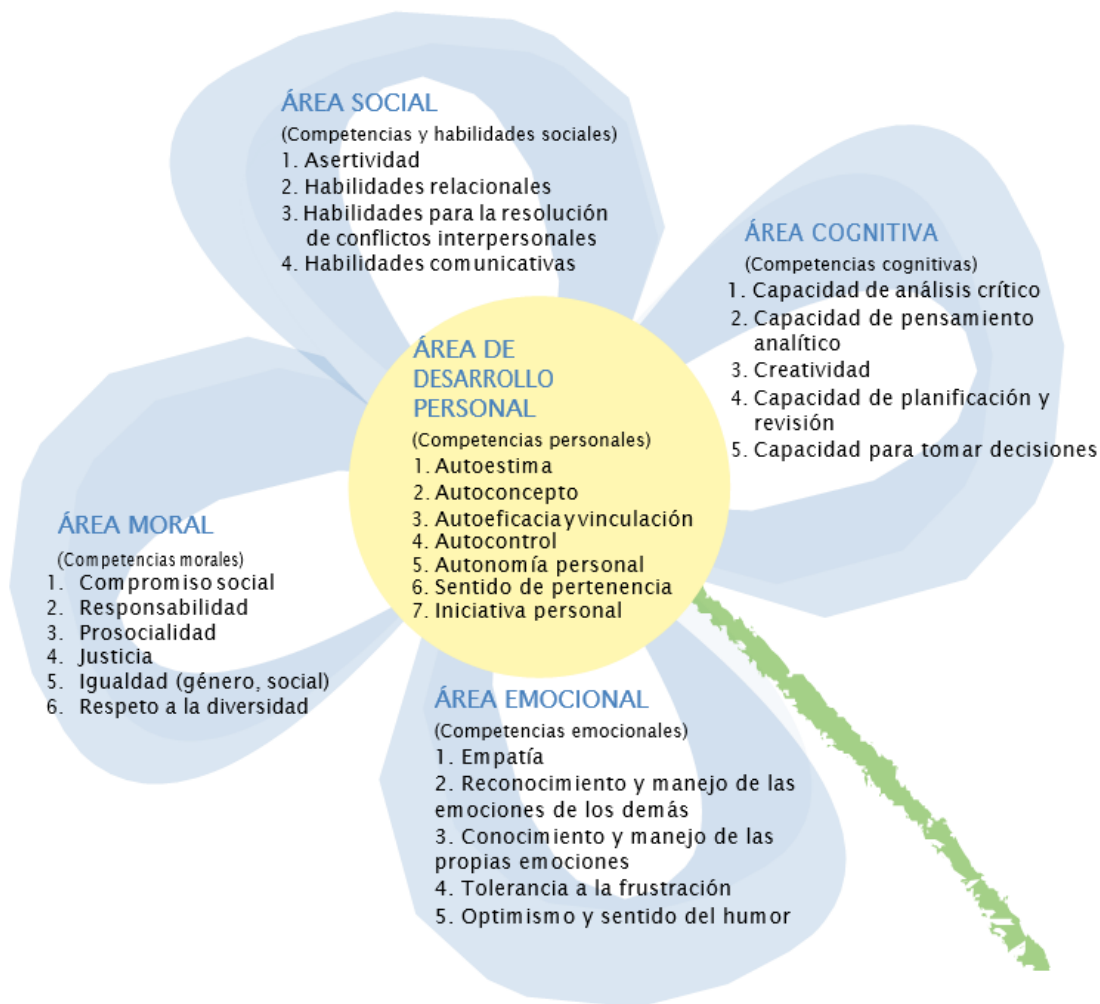
En las últimas décadas, esta concepción negativa de la adolescencia se ha sustituido por otra más optimista -positiva- que subraya los aspectos positivos de este estadio, mostrando a la adolescencia como un periodo de evolución durante el cual el individuo se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades. La salud mental de los adolescentes, concebida como el estado de bienestar, hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y las emociones,

así como para crear relaciones sociales o la aptitud para aprender y adquirir una educación que los capacitará para participar activamente en la sociedad. Un ingrediente de buena salud mental es la capacidad para mantener relaciones mutuamente satisfactorias y duraderas; este aspecto es congruente con las aportaciones del enfoque de desarrollo positivo adolescente (Benson, Scales, Hamilton y Sesma, 2007; Damon, 2004). Estos nuevos modelos adoptan una perspectiva centrada en el bienestar, que no discapacidad, ponen un énfasis especial en la existencia de condiciones saludables y expanden el concepto de salud para incluir las habilidades, conductas y competencias necesarias para tener éxito en la vida social, académica y profesional (Benson, Mannes, Pittman y Ferber, 2013). Más allá de la mera prevención de problemas, promueven el desarrollo saludable, como se ensambla en el modelo de florecimiento o desarrollo positivo (véase Figura 2) construido a partir de la opinión de un grupo de expertos (Oliva et al., 2010).

Este modelo de Desarrollo Positivo Adolescente (*Positive Youth Development, PYD*) incluye un total de 27 competencias específicas que se agrupan en cinco grandes áreas o competencias (véase Figura 2). Podríamos considerar que hay un área central relativa al desarrollo personal, que es el núcleo y sirve como pilar para el resto de las competencias. En esta área personal la autoestima, el autoconcepto y la autoeficacia comparten categoría con competencias relacionadas con la individuación, el sentido de pertenencia y vinculación, así como con la iniciativa personal. El área social incluye habilidades o destrezas comunicativas y relacionales para la vida cotidiana, así como para la resolución de conflictos interpersonales. El área cognitiva se compone de tres tipos de inteligencias –crítica, analítica y creativa– y de las capacidades para la planificación, toma de decisiones y revisión de las decisiones tomadas. El área moral engloba el sentido de la justicia, respeto a la diversidad, igualdad, así como el compromiso social y la responsabilidad. Finalmente, el área emocional integra la habilidad para conocer y manejar las emociones propias y de las otras personas, la empatía y la tolerancia a la frustración.

Figura 2

Modelo de Desarrollo Positivo del Adolescente.



Nota: Oliva et al. (2010).

Todas estas áreas o competencias se relacionan y potencian unas a otras, de modo que el desarrollo personal tiene que ver con las influencias dinámicas y recíprocas que se establecen entre ellas. Este enfoque está orientado a proporcionar estas competencias, experiencias y oportunidades a los jóvenes para conseguir un desarrollo óptimo; sean felices, sanos e implicados en contribuir en su contexto sociocultural. Por ejemplo, una autoestima positiva facilita a los jóvenes tener un buen ajuste psicológico, lo que a su vez favorece su adaptación social y puede mediar en la prevención de determinadas conductas de riesgo (Reina, Oliva y Parra, 2017); otros estudios han encontrado que una buena salud se

correlaciona con logros vitales y buenas relaciones sociales (Dias, Bastos, Marzo y García del Castillo Rodríguez, 2016).

Por todo ello, es beneficioso invertir en la salud mental y bienestar emocional de los adolescentes, favoreciendo hábitos saludables. Es conveniente prevenirles de factores de riesgo que puedan afectar a su bienestar y al mismo tiempo desarrollar y potenciar factores protectores; enseñarles a resolver situaciones adversas para que salgan fortalecidos de ellas, trabajen de forma productiva y aporten savia nueva a la sociedad. En definitiva, promover, prevenir e intervenir en la salud mental y su bienestar socio-emocional para que desarrollen toda su capacidad.

1.1.3. Dificultades emocionales y conductuales en la adolescencia.

Como se ha comentado, la adolescencia es una etapa del desarrollo humano crucial para la formación, desarrollo y consolidación de aspectos psicológicos esenciales, como pudieran ser la personalidad, la identidad, la planificación, la toma de perspectiva o la regulación emocional. Estos cambios bio-psico-sociales que se encuentran intrínsecamente relacionados, unidos al impacto de posibles eventos ambientales tanto físicos como sociales (nocivos o no), determinarán en cierta medida el posterior desarrollo y adaptación del adolescente. En este sentido, lo que acontece en etapas anteriores del desarrollo (p.ej., infancia, adolescencia) asienta las raíces del bienestar presente y futuro. La manifestación inicial de los problemas mentales coincide, con momentos evolutivos cruciales para la persona y puede representar un importante problema para el desarrollo biológico, psicológico y social de los adolescentes (OMS, 2004). De hecho, presentar problemas psicológicos en la niñez y adolescencia es un factor de riesgo para padecerlos en la adultez (Copeland et al., 2013; Copeland, Shanahan, Costello, y Angold, 2009). Más aún, las dificultades en el ajuste emocional y/o comportamental se suelen iniciar en aproximadamente un 50% de los casos antes de los 15 años y en el 75% antes de los 25 años (Copeland et al., 2011).

Los problemas de salud mental en la adolescencia son frecuentes o comunes en todos los países, ocasionan un enorme sufrimiento, dificultan la capacidad de aprendizaje e

interfieren significativamente en la vida de las personas y familias que los padecen (OMS, 2018). Además de la discapacidad y mortalidad prematura que a veces originan, tienden también a producir el aislamiento social de quienes lo sufren. Constituyen la causa más frecuente de carga de salud mental en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer (Gore et, 2011). Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastorno mental (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Según el último informe de la OMS (2018) indica que cada día mueren más de 3.000 adolescentes por causas (accidentes, suicidios, violencia...) en gran medida prevenibles y que en esa época de la vida se consolidan o se adquieren muchos factores de riesgo que predisponen a padecer patologías más adelante, en la edad adulta. A mayores, la mayoría de los trastornos mentales ni se detectan ni se tratan y las consecuencias de no abordarlos en esa etapa hace que se extiendan a la edad adulta. La ausencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los adolescentes condicionan seriamente su futuro, disminuye sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales y supone un coste muy alto para las familias y una carga para la sociedad. Además, a esto hay que añadirle el estigma dirigido hacia los jóvenes con problemas mentales (McDaid, 2008).

Por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Salud de España ESNE 2011-12 (Ruiz González, Martínez Barellas y González Carrión, 2014), aquellos niños y adolescentes con riesgo de mala salud mental, según el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997), informaron de conductas menos saludables como, por ejemplo, hábitos sedentarios, no desayunar a diario antes de salir de casa o consumir comida rápida con más frecuencia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2013). También, Ortuño Sierra et al. (2014) confirman que los adolescentes que informan de mayores dificultades emocionales y comportamentales presentan menor comportamiento prosocial; por una parte, los hombres obtienen puntuaciones superiores en dificultades de tipo conductual y relacionados con la hiperactividad; y por la otra, las mujeres muestran mayor comportamiento prosocial, aunque manifiestan más problemas de tipo emocional.

Otras investigaciones constatan que la experiencia de emociones negativas como miedo o ansiedad, depresión, culpa, hostilidad, pesimismo o nerviosismo repercute en mayores problemas o quejas somáticas e insatisfacción, y apreciación negativa de uno mismo

y de los demás (Ebesutani et al., 2012). Cuando los jóvenes se autoinculpan más, no se fijan en lo positivo, son más reservados, no tienden estrategias de afrontamiento y obtienen peores puntuaciones en bienestar personal (Viñas, González, García, Malo y Casas, 2015). A mayores, se ha vinculado el afecto negativo con el rechazo escolar (Inglés, González, García Fernández, Vicent Juan y Sanmartín López, 2016); peores resultados académicos acompañan a problemas de conducta y menor satisfacción personal (Inglés y Martínez-González, 2012); incluso, han demostrado que un bajo rendimiento escolar está asociado a problemas de salud mental en jóvenes (Tempelaar et al., 2014); igualmente, los adolescentes que son intimidados o intimidadores están más expuesto a presentar más síntomas depresivos que los adolescentes que no están abocados a este tipo de conducta (Díaz-Atienza y Cuesta, 2004).

En resumen, las dificultades emocionales y conductuales de los jóvenes tienen enormes repercusiones en su desarrollo emocional, intelectual y adaptación social y suponen una carga para toda la sociedad. Promover la salud mental positiva de los adolescentes, además de prevenir, diagnosticar y tratar correctamente los problemas mentales, es un acto de justicia social y una buena medida de ahorro y gestión económica eficaz (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009). Es prioritario visualizar a este grupo de población, debe inspirarse en una visión esperanzada de su futuro y basarse en el rigor y la solvencia de los datos y conocimientos que se basan en estudios rigurosos. Por tanto, es necesario un estudio exhaustivo de los determinantes del bienestar emocional de los adolescentes, mejorar su comprensión y su relación con otras variables relevantes puede ayudar a diseñar programas de promoción del bienestar emocional y prevención de la salud mental. Además, una pronta detección e identificación es posible que limite la gravedad de los trastornos y reduzca también la carga asociada y mejore el pronóstico a corto, medio y largo plazo.

1.1.4. Promoción del bienestar emocional y prevención de los problemas de salud mental.

Según la OMS (2004), la promoción de la salud mental es aquel conjunto de actividades que implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que

permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas (OMS, 2004). La promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerando la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico. Las intervenciones de promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental, es fundamental la información y sensibilización de la población. Además, requiere la estrecha colaboración de los servicios sanitarios, educativos, sociales, así como de los padres y la población en general.

La Real Academia Española (RAE) define prevención como “la acción o efecto de prevenir. Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada dañina”. La prevención de la salud mental tiene el objetivo de reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los problemas mentales; el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar un trastorno mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la dolencia en la persona afectada, sus familias y la sociedad (OMS, 2004). Las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo, aumentando los factores de protección relacionados con la salud mental y en la detección de las causas de los problemas mentales. Caplan (1980) define prevención como una acción integral encaminada a la reducción de riesgo de trastorno mental. Existen tres niveles de prevención.

- Prevención primaria: son medidas orientadas a evitar la aparición de un problema de salud. Dentro de las actividades de prevención primaria estarían las de protección de la salud, actuando sobre el medio ambiente y las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incidiendo sobre las personas, promoviendo la salud y previniendo la salud mental. Son acciones que implican la disminución de la incidencia de una enfermedad, es decir, del número de casos nuevos durante un cierto tiempo. Deben centrarse en modificar los factores de riesgo (vulnerabilidad) de una población e incrementar los factores de protección (resiliencia) para los problemas de salud mental. Se trata de reducir el riesgo de toda la población o que enferme el menor número de esta. Al analizar el nivel de salud de una

comunidad interesan tanto las causas de la dolencia de algunos como las razones de la salud de otros. Por ejemplo, las intervenciones escolares que incluyen manejo de crisis, incremento de autoestima, desarrollo de estilos de afrontamiento y toma de decisiones saludables, han demostrado reducir el riesgo de suicidio entre los jóvenes (Ayuso-Mateos et al., 2012; OMS, 2010). De aquí se derivan conceptos como el de vulnerabilidad, que se refiere a los posibles mecanismos causales que actúan en la aparición del problema, mientras que el término “riesgo” alude a las variables descriptivas empíricamente relacionadas con una alta probabilidad de experimentar un problema (Lemos Giráldez, 2003).

- Prevención secundaria: el objetivo es que el diagnóstico y tratamiento precoz mejoren el pronóstico y control de la enfermedad. Está encaminada al diagnóstico precoz del problema incipiente, sin manifestaciones clínicas. Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de patologías lo más precozmente posible (pruebas de *screening*). Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad, es decir, el número de casos existentes en la población en un momento dado. Comprende acciones: de rastreo, cribado, tamizaje o *screening*. Los falsos positivos constituyen la principal desventaja de los métodos de cribado, al exponer a las personas sanas a pruebas complementarias que confirmen o descarten el diagnóstico. Un ejemplo de prevención secundaria puede ser un programa epidemiológico de aplicación universal para detectar un problema de salud grave en fase inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de aparición y sus consecuencias.

- Prevención terciaria: comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y la rehabilitación de una patología para ralentizar su progresión. El objetivo es hacer más lento el curso del trastorno, atenuar las incapacidades existentes y reinsertar al enfermo o lesionado en las mejores condiciones a su vida social y laboral. Son el conjunto de medidas orientadas a reducir la frecuencia e intensidad de las secuelas, las recidivas y la incapacidad. Las acciones pueden ser: la rehabilitación física, psicológica y social; con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

La clasificación de prevención en salud pública -prevención primaria, secundaria y terciaria- ha sido adaptada para la prevención de trastornos mentales (Mrazek y Haggerty, 1994). Esta nueva clasificación está compuesta por un continuo que abarca la prevención

universal, selectiva e indicada, el tratamiento y la manutención. Mientras estos dos últimos corresponden respectivamente a la prevención secundaria y terciaria, las tres primeras se incluyen dentro de la prevención primaria.

La prevención primaria universal se define como las intervenciones que se dirigen al público en general o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado basándose en el riesgo. En general, comporta intervenciones de promoción de la salud mental para toda la población.

La prevención primaria selectiva se dirige a individuos o grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un problema mental es significativamente más alto que la media, y se evidencia por factores de riesgos biológicos, psicológicos o sociales. Por ejemplo, Becoña (2002) la define como la población diana que tiene un riesgo mayor de ser consumidora.

La prevención primaria indicada se dirige a personas identificadas como de alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos pero detectables, con factores específicos de vulnerabilidad o marcadores biológicos que indican una predisposición para un trastorno mental, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno en ese momento. Por ejemplo, un programa de prevención indicada se enfoca en las personas que presentan indicios de problemas asociados al consumo de sustancias sin haber desarrollado criterios de dependencia, siendo su finalidad disminuir el consumo de riesgo, reducir la frecuencia de uso y evitar la progresión hacia la dependencia (Guitart et al., 2012).

Muchos estudios han demostrado que las intervenciones preventivas pueden ser exitosas en la reducción de los factores de riesgo y en el fortalecimiento de los factores de protección (véase Tabla 2), pues están comenzando a mostrar reducciones en la aparición y recurrencia de problemas graves de salud mental y trastornos mentales en las poblaciones en riesgo (Becoña, 2002; Jané-Llopis, 2004; López-Larrosa y Rodríguez-Arias Palomo, 2012; Avilés, 2013; Ministerio de Sanidad, 2012; Sáiz y Bobes, 2014).

Tabla 2*Factores de riesgo y protección de salud mental (OMS, 2004).*

Factores de riesgo	Factores de protección
Fracaso académico y desmoralización estudiantil	Capacidad para afrontar el estrés
Déficit de atención	Capacidad para enfrentar la adversidad
Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes	Adaptabilidad
Abuso y abandono de menores	Autonomía
Insomnio crónico	Estimulación cognitiva temprana
Dolor crónico	Ejercicio
Comunicación anormal	Sentimientos de seguridad
Embarazos tempranos	Sentimientos de dominio y control
Abuso a ancianos	Buena crianza
Inmadurez y descontrol emocional	Alfabetización
Uso excesivo de sustancias	Apego positivo y lazos afectivos tempranos
Exposición a la agresión, violencia y trauma	Interacción positiva entre padres e hijos
Conflicto familiar o desorganización familiar	Habilidades de resolución de problemas
Soledad	Conducta prosocial
Bajo peso al nacer	Autoestima
Clase social baja	Destrezas vitales
Enfermedad médica	Destrezas sociales y manejo de conflictos
Desbalance neuroquímico	Crecimiento socioemocional
Enfermedad mental de los padres	Manejo del estrés
Abuso de sustancias por parte de los padres	Apoyo social de la familia y amigos
Complicaciones perinatales	
Pérdida personal-duelo	
Habilidades y hábitos de trabajo deficientes	
Discapacidades de lectura	
Discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos	
Incompetencia social	
Eventos de mucha tensión	
Consumo de sustancias durante el embarazo	

1.1.5. Modelos etiológicos en salud mental.

La conducta humana es compleja por naturaleza, por lo que su comprensión requiere de modelos explicativos más sofisticados que vayan más allá de una visión lineal, estática y unicausal y que permitan analizar y entender todo el abanico de comportamientos que conforman la diversidad humana, incluidos los problemas de salud mental. A lo largo de la historia se han formulado diferentes modelos etiológicos que tratan de comprender las posibles causas que subyacen a los problemas de salud mental. A continuación, se comentan brevemente los más relevantes.

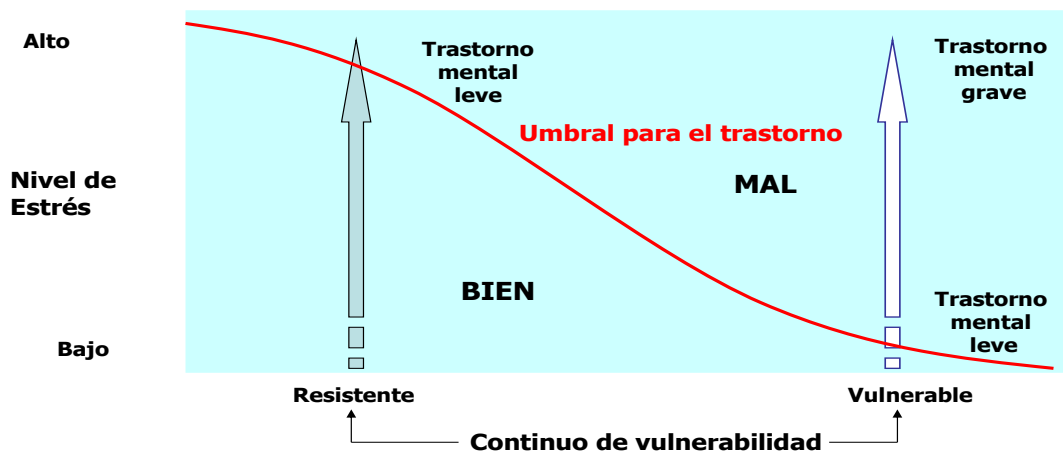
El *modelo biopsicosocial* es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico (factores químico-biológicos), el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de un trastorno o discapacidad (Engel, 1977); en contraste con la concepción clásica y restringida que tenía como único objetivo el estudio del problema mental en sentido estricto. Propone un abordaje integral y holístico del ser humano -de la salud mental- considerándolo dentro de un sistema en interacción, no como ser aislado. Es el marco idóneo para explicar la aparición, mantenimiento y desaparición de los trastornos mentales. Se considera lo patológico como resultante de interacciones complejas entre factores biológicos (hereditarios y ambientales) y psicosociales (elementos biográficos, comunicación, educación, cultura, etc.). Por ello, es importante conocer la multicausalidad y la ponderación de los factores etiológicos. Así, la salud mental estará determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales, distribuida normalmente en la población general. A lo largo de un *continuum* se pueden hallar diferentes niveles de gravedad y solo se hace evidente el problema en los extremos del continuo, cuando sobrepasa el umbral. Estas ideas convergen en los modelos de vulnerabilidad y del neurodesarrollo.

El *modelo de vulnerabilidad-estrés* (Zubin y Spring, 1977) es un proceso dinámico de interacción entre una vulnerabilidad genética (factores predisponentes), la presencia de unos factores de riesgo ambientales y, finalmente, la acción balanceada de unos factores precipitantes y de unos factores protectores o fortalezas que predicen el resultado, en el que se llega a la compensación o a la anormalidad. Lemos (2003) nos propone una actualización del

modelo (véase Figura 3) para explicar los problemas emocionales y conductuales. La manifestación de los problemas psicológicos exige la combinación de, al menos, tres factores independientes: un determinado temperamento vulnerable, un ambiente que amplifique la vulnerabilidad psicológica, y estresores que precipiten la aparición de los síntomas. El estrés contribuye a modular, fortalecer o atenuar los rasgos preexistentes. La vulnerabilidad se refiere a las características endógenas del individuo, que actúan como mecanismos causales en la aparición del problema.

Figura 3

Modelo de Vulnerabilidad-Estrés



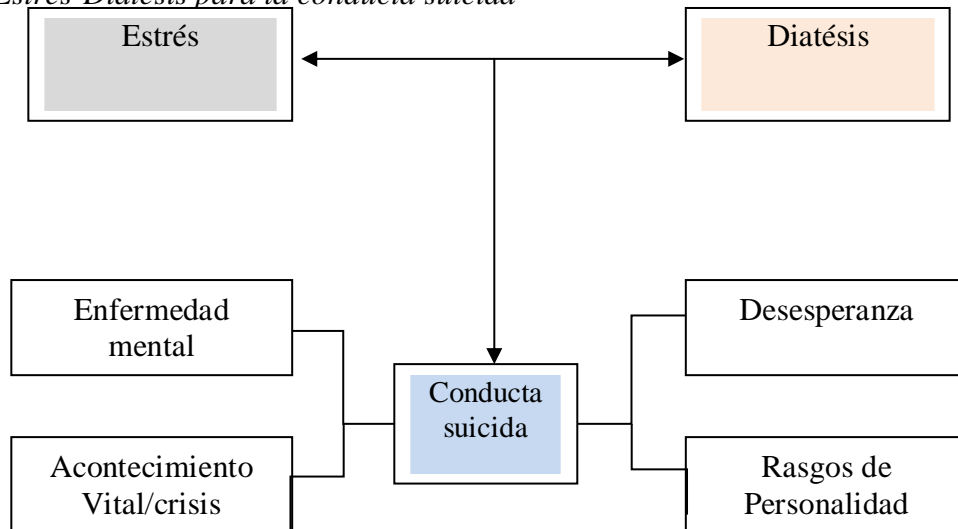
Nota: Lemos (2003).

El modelo de vulnerabilidad-estrés se ha utilizado y adaptado para la explicación de diferentes problemas de salud mental, como la esquizofrenia, la depresión, o el suicidio, por mencionar algunos. A modo de ejemplo, se puede citar el modelo de Mann (2003) que intenta explicar la etiología de la conducta suicida. Presupone que la conducta suicida es la resultante de la interacción entre el estrés ambiental y la predisposición y vulnerabilidad a dicha

conducta (diátesis), postulando un modelo estrés-diátesis (Figura 4) para dicha conducta.

Figura 4

Modelo Estrés-Diátesis para la conducta suicida



Nota: Mann (2003)

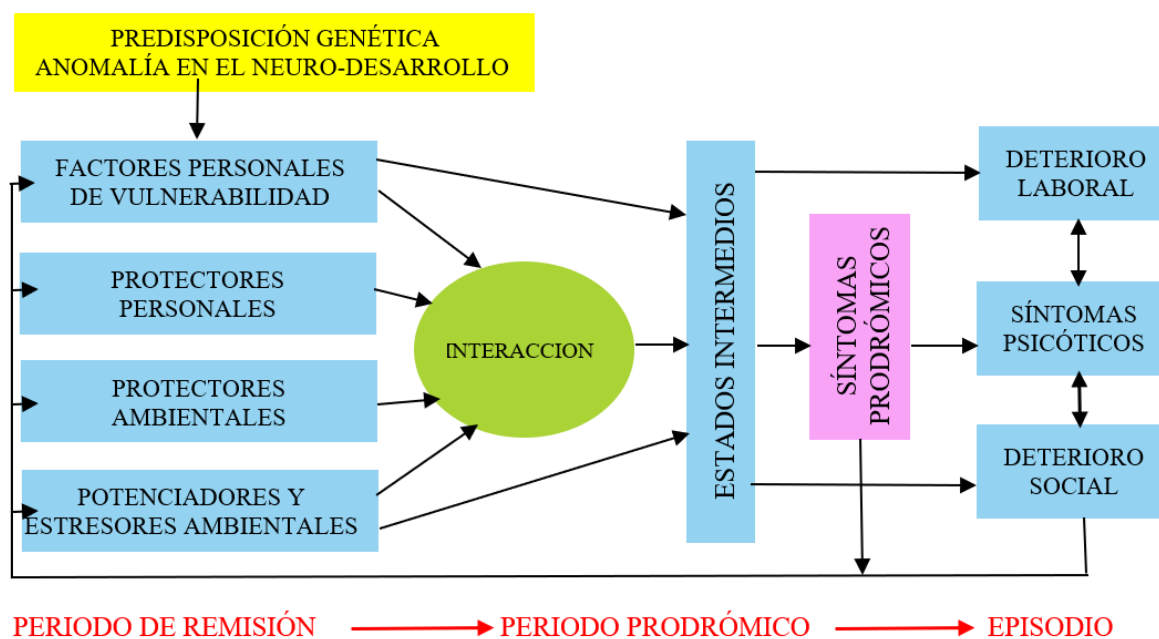
Este modelo de vulnerabilidad-estrés, conocido también como diátesis-estrés, alude a determinados rasgos biológicos permanentes de origen genético de la vulnerabilidad (diátesis) que confieren una determinada predisposición a desarrollar el problema; por ejemplo, la esquizofrenia, aunque dicho factor no es suficiente para explicar la enfermedad. La diátesis es considerada una variable continua que se puede manifestar en distintos grados de intensidad, y que a su vez se encuentra inmersa dentro de un marco de continua interacción con factores ambientales. El origen de la descompensación podría explicarse como la interacción compleja entre el grado de vulnerabilidad individual, estresantes ambientales junto a ciertas variables moderadoras como el ambiente familiar, el soporte social, la personalidad premórbida, las habilidades y estrategias de afrontamiento; ya que ninguno de estos factores (genéticos, precipitantes o moduladores) por separado son suficientes para desencadenar un primer episodio.

Los modelos de vulnerabilidad priorizan los eventos ambientales cercanos temporalmente al desarrollo de los problemas de salud mental (p.ej., psicosis); así, consideran

que el estrés juega un papel importante tanto en las fases próximas como en las más distales en el posible desarrollo de síntomas clínicos. Por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, los eventos traumáticos ocurridos durante la infancia, la victimización o el consumo de cannabis también se asocian con un incremento en la sintomatología clínica y subclínica de la esquizofrenia (Fonseca-Pedrero, 2018; Roncero y Casas, 2016; Schubart et al., 2011; Valmaggia et al., 2014; van Gastel et al., 2013; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, y Krabbendam, 2009). En la Figura 5 (Nuechterlein y Dawson, 1984; Zubin y Spring, 1977) se esquematiza la interacción de factores de riesgo implicados en la génesis del trastorno del espectro esquizofrénico. Este modelo sirve para entender la esquizotipia, como organización latente de la personalidad que predispone a los trastornos psicóticos. Además, desde una perspectiva multifactorial e integradora se debe tener en cuenta el impacto y aportaciones de las neurociencias a la salud mental.

Figura 5

Modelo Heurístico Vulnerabilidad-Estrés



Nota: adaptado de www.p3-info.es.

Concretamente, en el campo de los trastornos psicóticos se han postulado diferentes modelos, como por ejemplo, los *modelos del neurodesarrollo* sugieren que la esquizofrenia es

un trastorno que puede tener su origen en una lesión cerebral: ocurrida en las fases tempranas de la vida (periodo intrauterino, prenatal o perinatal) (Arnold, Talbot y Hahn, 2005; Barrantes-Vidal, Lewandowski y Kwapil, 2010; Brown et al., 2001; Murray, Lewis y Lecturer, 1987); o neurodesarrollo tardío consideran que los cambios en la adolescencia a nivel cerebral (poda sináptica, pérdida de materia gris, anomalías en los neurotransmisores, lóbulo frontal...), cognitivo, personal y de formación de identidad juegan un papel importante en el desarrollo de la vulnerabilidad a la esquizofrenia y en su expresión fenotípica (Barkl, Lah, Harris y Williams, 2014; Bearden, Meyer, Loewy, Niendam y Cannon, 2015; Cannon, 2005; Lewis y Levitt, 2002).

Por otra parte, *el modelo biopsicosocial de esquizotipia* propuesto por Raine (2006) argumenta que las influencias genéticas y ambientales tempranas actúan en conjunto para alterar la estructura o función del cerebro a lo largo del desarrollo, que implican alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos básicos que dan lugar a tres componentes básicos de la esquizotipia: características cognitivo-perceptivas, interpersonales y desorganizadas. Este modelo postula la existencia de dos tipos de esquizotipia con etiologías diferentes: la neuroesquizotipia y la pseudo-esquizotipia. La neuroesquizotipia tendría su origen predominantemente, aunque no exclusivamente, en procesos genéticos, del neurodesarrollo y neurobiológicos; presentaría fundamentalmente rasgos de tipo interpersonal y de desorganización cognitiva, no estaría asociada con adversidad ambiental, presentaría una mayor estabilidad temporal, estaría más indicado un tratamiento de tipo psicofarmacológico y sería un claro marcador de riesgo para la esquizofrenia. En cambio, en la pseudo-esquizotipia, las influencias ambientales tendrían un papel más preponderante, tanto las ocurridas durante el periodo postnatal como las influencias de tipo psicosocial (p. ej., abuso sexual, discriminación o problemas de relación); predominarían los rasgos de tipo cognitivo-perceptual, no necesariamente sería un factor de riesgo para la esquizofrenia, mostraría una mayor fluctuación temporal y respondería mejor a tratamientos de tipo psicológico.

En general, el planteamiento de la atención a la salud mental de los adolescentes debe ser desde un modelo biopsicosocial, comunitario, con una atención integral de calidad y con equidad, que implica la coordinación con todos los sectores de la vida del adolescente (educación, servicios sociales, sanidad y justicia), sin olvidar el papel destacado en toda

intervención terapéutica de las familias.

1.1.6. Epidemiología.

Se considera que la prevalencia vital de problemas emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil se sitúa en torno al 13,4% (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, y Rohde, 2015). Concretamente, las últimas cifras, en la página web de la OMS, muestran que los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años (una de cada seis personas tiene entre 10 y 19 años). Según indica el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas (UNICEF), un 20% de los adolescentes presenta problemas de salud mental o alteraciones de conducta en el mundo (Palfrey, Gasser, Maclay, y Beger, 2011). Por ejemplo, las tasas de prevalencia de experiencias psicóticas atenuadas es del 17% en niños de 9 a 12 años, y del 7,5% entre adolescentes de 13 a 18 años (Kelleher, Connor y Clarke, 2012). Además, los problemas de salud mental entre jóvenes españoles son prevalentes (Bobes et al., 2014; Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, y Muñiz, 2011) y generan un gran impacto en términos de carga de enfermedad (Catalá-López, Génova-Maleras, Álvarez-Martín, Fernández de Larrea-Baz y Morant-Ginestar, 2013). Otros estudios estiman que una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padece algún problema de trastorno emocional o de conducta, y que uno de cada ocho tiene en la actualidad un trastorno mental (Arango, Castro, Ímaz y Fernández, 2013).

En la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE, 2012), los resultados mostraron que el 7,7% de los adolescentes manifestaba riesgo de mala salud mental, mientras que el 13,4% estaría en la franja de puntuación límite (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2013). Así, la población que valoró su salud percibida como “mala” fue más elevada entre los que declararon trastornos de conducta (25,9%) o trastorno mental (42,3%) respecto del total de la población (6,8%). Otras investigaciones con adolescentes, utilizando el SDQ, indicaron que un elevado porcentaje de los adolescentes evaluados informó de dificultades emocionales y/o comportamentales. Entre el 11,6 y el 34,6% de los adolescentes presentó algún síntoma de

tipo emocional y que entre el 16,1 y el 47,1% informó de un comportamiento hiperactivo (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2011; Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Paino y Aritio-Solana, 2014).

Con respecto al suicidio, el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2018, sitúa en 3.539 fallecimientos (2.619 hombres y 920 mujeres), un 3,8% menos que en 2017. No obstante, en 2015 -si bien el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 3.602 fallecimientos estimados, 2.680 hombres y 922 mujeres- puede apreciarse una ligera pero importante disminución en el número de muertes, que puede deberse a las diferentes acciones preventivas que se están realizando en España a nivel autonómico y local. En la población adolescente la prevalencia de ideación suicida es del 32,3%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio es del 4,2% (Bousoño et al., 2017; Carli et al., 2014). En un estudio llevado a cabo en adolescentes riojanos, se encontró que aproximadamente un 4% de la muestra de adolescentes españoles indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida (Fonseca-Pedrero et al., 2018). Aunque las tasas puedan variar según estudios, lo que está claro, es que un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio consumado en la población general. A nivel mundial, según estimaciones de la OMS, en torno a 800.000 personas se suicidan todos los años. Es una tasa de prevalencia del 11,93 por 100.000 (en España 7,7/100.00). También, apunta que estos datos podrían multiplicarse hasta por 20 para obtener el número de intentos (OMS, 2014b). Se estima que en 2016 murieron más 1,1 millones de adolescentes de entre 10 a 19 años, 62.000 como consecuencias de autolesiones, el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años (OMS, 2018). Dada la magnitud de la situación, se trata de un problema que acarrea no solo muertes, sino graves consecuencias físicas y emocionales derivadas de los intentos autolíticos.

Los datos de prevalencia sobre el *bullying*, según un reciente estudio de la OMS (2016) realizado sobre 219.460 estudiantes provenientes de 42 países (entre ellos España), un 8,5-11% de los escolares informó haber estado involucrado en situaciones de acoso al menos de cuatro a seis veces durante los dos últimos meses. La misma frecuencia con la que un 3% del alumnado encuestado informó de haber sido víctima de *ciberbullying*. España obtuvo niveles de prevalencia inferiores a la media en el acoso tradicional (6 y 5% en agresores y víctimas, respectivamente), pero ligeramente superiores en *ciberbullying* (4% víctimas).

Según *Save The Children* (2016), 1 de cada 10 alumnos de la ESO en España reconoce haber sentido algún tipo de acoso: 9,3% acoso y 6,9% ciberacoso. Garaigordobil (2018) realiza una revisión sistemática que aporta datos de prevalencia del *ciberbullying* (2000-2017) de 21 estudios nacionales y 151 internacionales, mostrando porcentajes de cibervictimización grave/severa que oscila entre 1% y 10%, siendo el promedio de cibervictimización severa aproximadamente el 5%.

En la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 2018-19) las drogas consumidas por un mayor porcentaje de estudiantes siguen siendo el alcohol 77,69%, seguido del tabaco 41,3% y del cannabis, primera droga ilegal, con un 33%. En cuarto lugar aparecen los hipnosedantes (con y sin receta), que se sitúan en un 18,4% (Ministerio de Sanidad, 2019). En dicha encuesta, un dato significativo, fue que la edad media de inicio de consumo de estas sustancias se retrasa a los 14 años. Aproximadamente la mitad de los estudiantes se había emborrachado en el último año (44,5%). Durante los últimos 30 días, el 24,3% se había emborrachado y el 32,3% había bebido cinco o más copas, cañas o vasos de alcohol en un tiempo aproximado de 2 horas (*binge drinking* o consumo en atracón), siendo el alcohol la sustancia psicoactiva percibida como menos peligrosa.

1.1.7. Impacto socio-sanitario de las dificultades y problemáticas psicológicas.

Los problemas mentales y por abuso de sustancias contribuyen de forma notable a la carga mundial de enfermedad, lo que representa alrededor de 7,4% de la carga de morbilidad en todo el mundo (Whiteford et al., 2013). Estudios previos han demostrado que los problemas de salud mental durante la infancia y la adolescencia aumenta la vulnerabilidad de trastornos psicológicos a corto, medio y largo plazo (Costello, Foley y Angold, 2006; Frías, Carrasco, Fernández, García y García, 2009). Más aún, aproximadamente un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años (Cohen, 2008; Kessler et al., 2007), pero la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan, y tienen consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida (Kessler et al., 2007; Ortuño-Sierra, Fonseca-

Pedrero, Paino y Aritio-Solana, 2014) lo que conduce a la pérdida de productividad económica y el aumento de costes para la sociedad (Domino et al., 2009). Además, a peor nivel socioeconómico, peor salud mental (Ruiz González, Martínez Barellas y González Carrión, 2000).

Concretamente, en un reciente estudio, los trastornos mentales y adictivos afectaron a más de mil millones de personas en todo el mundo en 2016; causaron el 7% de toda la carga mundial de enfermedad medida en Años de Vida Ajustados a la Discapacidad (AVAD), la depresión se asoció con la mayoría de los AVAD y el 19% de todos los años vivieron con discapacidad (Rehm y Shield, 2019). En el caso concreto de España, según un reciente informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), las enfermedades mentales le cuestan anualmente a España un 4,2% de su Producto Interior Bruto, en torno a 40.000 millones de euros que se van no solo en atención sanitaria y en programas de salud públicos, también en bajas, incapacidades y en una menor productividad (OECD Health Division, 2018). Un dato más, la depresión es la tercera causa de discapacidad en el mundo, y se prevé que en el año 2030 será la primera. En los jóvenes se incrementa la prevalencia de la depresión y afecta significativamente al funcionamiento personal, familiar y social (pérdida de interés, absentismo, incremento de accidentes, abuso de tóxicos, uso de los servicios de salud e intentos autolíticos) (Castellón et al., 2016).

Además, el joven se encuentra con otra ampliación de la brecha entre la madurez biológica y la transición social a la edad adulta. El retraso al acceso laboral y el acceso a pocos recursos, aunque crezca en autonomía, va retrasando la edad de formar una nueva familia.

Invertir en la salud de los adolescentes genera un triple dividendo de beneficios saludables:

a) Para los adolescentes de ahora: la salud de los adolescentes se beneficia enseguida de la promoción de comportamientos positivos (p. ej., de los buenos hábitos de sueño) y de la prevención, la detección precoz y el tratamiento de los problemas (p. ej., los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y de salud mental).

b) Para los adolescentes en el futuro: a fin de contribuir a fijar unos hábitos

saludables que reduzcan la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura en la edad adulta, hay que fomentar los comportamientos saludables en la adolescencia (p. ej., la buena alimentación, la actividad física y el empleo de preservativos en las relaciones sexuales) y reducir exposiciones, afecciones y comportamientos que son perjudiciales (p. ej., la contaminación del aire, la obesidad y el consumo de alcohol y tabaco).

c) Para la próxima generación: se puede proteger la salud de la futura descendencia promoviendo el bienestar emocional y las prácticas saludables en la adolescencia (p. ej., gestión y resolución de los conflictos, vacunación adecuada y buena alimentación) y previniendo las cargas y los factores de riesgo (p. ej., la violencia interpersonal, el consumo de sustancias psicotrópicas y el embarazo precoz).

Invertir en la salud de los adolescentes reduce los costos sanitarios en el presente y en el futuro y mejora el capital social (OMS, 2018). Además, no podemos olvidar que los adolescentes soportan una proporción considerable de la carga mundial de enfermedades y lesiones y tienen el derecho fundamental a la atención sanitaria y al grado más alto posible de salud.

En la misma línea de lo anterior, y con respecto al suicidio, los datos de la OMS sitúan al suicidio como una de las principales causas de años de vida perdidos (AVP) por la enfermedad. En el Estudio Global de Carga de Enfermedades 2016, el suicidio ocupó el cuarto lugar por tasa de mortalidad estandarizada por edad en Europa del Este, el sexto en Asia Pacífico de altos ingresos y el décimo en Europa central y en Norteamérica de altos ingresos (Naghavi et al., 2017). En consecuencia, el suicidio es una cuestión de salud pública de primera magnitud y durante años –aún sigue ocurriendo– ha sido un tema tabú en la sociedad. La magnitud e impacto epidemiológico y social del suicidio comporta no solo la mortalidad por suicidio consumado, sino también la conducta y la tentativa suicidas, así como las consecuencias que todo ello tiene en la calidad de vida de la población. Se calcula que un suicidio tiene un serio impacto sobre, al menos, otras seis personas y que en el caso de jóvenes, este impacto es mucho mayor (Ministerio de Sanidad, 2012). Las consecuencias asociadas a la conducta suicida tienen repercusión en todas las esferas de la vida de los jóvenes e impacta a nivel personal, familiar, educativo, social y sanitario (Fonseca-Pedrero y

Díez, 2018). Por ejemplo, Fonseca-Pedrero et al. (2018), refieren que adolescentes con posible riesgo de conducta suicida informaron de mayores dificultades emocionales y comportamentales, así como de peor nivel de bienestar emocional y satisfacción con la vida. En otro estudio, Turecki y Brent (2016) confirman que el conflicto interpersonal, la agresión impulsiva, el trastorno de conducta, el comportamiento antisocial y el abuso de alcohol y sustancias son más importantes para el comportamiento suicida en adolescentes y adultos jóvenes; igualmente, la autoidentificación de la depresión y riesgo suicida, la intervención adecuada y los programas preventivos reducen la incidencia de actos suicidas.

Por todo ello, la prevención del suicidio en la adolescencia se ha convertido en una de las prioridades de las políticas sanitarias de Europa. En enero de 2018, los Estados Miembros de la OMS informan que la mortalidad por suicidio también es un Objetivo de Desarrollo Sostenible, que se utilizará para medir el progreso hacia una reducción específica de un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a través de una mejor prevención, tratamiento y promoción de la salud mental y bienestar (ONU, 2019).

El acoso escolar atenta contra la dignidad del niño y sus derechos fundamentales. Todos los centros deben incluir en su proyecto educativo un Plan de Convivencia que sirva de referencia para alumnos, familias y profesores para hacer frente al acoso escolar, así lo establece la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006). Algunas comunidades autónomas cuentan con guías de prevención orientadas a la comunidad educativa. Según el III Estudio sobre el Acoso Escolar y *Cyberbullying* de la Fundación ANAR (Fundación Mutua Madrileña, 2017), los principales problemas causados en las víctimas del *bullying* son síntomas depresivos 68,8% y ansiedad 67,2%, mientras que en el *ciberbullying* es este último problema el más frecuente 73,8% y el tercer problema en ambos casos es el miedo 59%. El abanico de secuelas pasa también por el aislamiento, el bajo rendimiento en la escuela, la baja autoestima, la agresividad o rabia, fobia social y escolar, los trastornos del sueño y de la alimentación. En los supuestos de más gravedad, la situación de hostigamiento puede llegar a desembocar en el suicidio de los menores acosados. El número de autolesiones es del 2,4%, las ideas suicidas el 4,6% y los intentos de suicidio el 1,2%.

En cuanto al *ciberbullying* sufren un tipo de acoso más coercitivo que físico, con algo

menos de duración y frecuencia, aunque tiende a empeorar con el tiempo, ya que se produce en cualquier parte. Sin dejar huella física, incluso en la distancia, la comunicación que se produce a través de internet, o incluso a través de las distintas formas de telefonía móvil, hace más difícil el control del acoso, cabe esperar que sean formas de acoso que aumenten en mayor medida que el resto. Este problema en auge, llamado “ciberacoso”, tiene como consecuencia un mayor daño psicológico, en la medida en que represente una humillación impuesta sobre una víctima, disponible las 24 horas para todo el mundo. Por desgracia, existen cibervictimizados que no teniendo capacidad para soportar más sufrimiento se suicidaron dejando una huella en sus compañeros, profesores, familiares y sobre toda la sociedad en general. A parte de este dramático final, el *ciberbullying* puede tener graves consecuencias (ansiedad, depresión, estrés postraumático, bajo ajuste social, disminución del rendimiento académico, trastornos del sueño, somatizaciones, trastornos en la conducta alimentaria, ingesta de alcohol y drogas, etc.) que, en ocasiones, perduran a medio y largo plazo (Garaigordobil 2019).

En España, según el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (EMCDDA, 2018), se estima que el gasto público relacionado con las drogas supuso el 0,03% del producto interior bruto (PIB). Las comunidades autónomas dedicaron más de cuatro quintas partes del gasto a tratamiento y reservaron el resto a la prevención, la investigación y la cooperación institucional. El consumo elevado de drogas legales durante el estadio de crecimiento conlleva numerosas repercusiones negativas sobre la salud física y psicológica de los jóvenes, lo que genera una gran preocupación social en la actualidad. En España, a la inmensa mayoría de los infractores se les imputan faltas administrativas por posesión de drogas según la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana, mientras que solo una minoría de las denuncias son constitutivas de delito. Ocho de cada diez casos están asociados al cannabis. Uno de los principales objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas es la reducción de los riesgos y los daños asociados a las drogas. En la actualidad se está formulando una nueva Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2017-2024 que englobará las drogas ilegales y legales, como el alcohol (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017).

Muchos son los comportamientos de riesgo para la salud, como el uso de sustancias o las experiencias de psicosis, que suele iniciarse en la adolescencia. Las intervenciones más

exitosas para promover la salud mental de los adolescentes apuntan a fortalecer los factores de protección y disminuir los factores de riesgo. La promoción de la salud mental y el bienestar emocional ayuda a los adolescentes a desarrollar la resiliencia para que puedan sobrellevar bien las situaciones difíciles o las adversidades. La salud mental es uno de los componentes de salud más invisibles y peor evaluados, es aún un estigma. La OMS, enfatiza los beneficios de incluir activamente a los adolescentes en el desarrollo de políticas y programas y planes nacionales (OMS, 2018).

1.2. Dificultades específicas en el ajuste socio-emocional en la adolescencia.

1.2.1. Afecto positivo y negativo.

La afectividad, constituye un tema de relativa complejidad, en función de las dimensiones que involucra.

El Afecto Positivo (AP) refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante (Sandín, Chorot, Lostao y Joiner, 1999). La evidencia muestra que, si se presenta en niveles altos, se caracteriza por alta energía, motivación, deseos de afiliación, concentración y agradable dedicación, sentimientos de dominio, logro y éxito; además está considerado como un factor protector de enfermedades y facilita un buen rendimiento. El Afecto Negativo (AN), por su parte, representa una dimensión general de distrés subjetivo e incluye una pluralidad de estados emocionales como: desagrado, ira, culpa, miedo e inquietud (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Según algunos estudios, los factores de AP y de AN explican entre la mitad y los tres cuartos de varianza común de los términos lingüísticos emocionales (Watson y Tellegen, 1985).

Uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación del AP y AN es la Escala PANAS (Ebesutani et al., 2012; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Esta herramienta ha demostrado ser una medida fiable y válida para evaluar los niveles de afecto positivo y

negativo tanto en población clínica como en población general (Ortuño-Sierra, Bañuelos, De Albéniz, Molina y Fonseca-Pedrero, 2019; Sandín et al., 1999; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Esta escala está formada por 20 ítems, 10 de los cuales se refieren al AP y 10 al AN, todos ellos contruidos en escala *Likert* de 5 puntos. Se trata de un modelo bidimensional de la estructura básica del afecto y que son independientes.

Estas dos dimensiones principales de afecto pueden ser conceptuadas, bien como estados afectivos, o bien como disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estable. Así la dimensión de AN se ha asociado a otros rasgos como el neuroticismo y AP con la extraversión (Clark, Watson y Mineka, 1994). Concretamente, el AN no solo ha sido considerado como una disposición de emocionalidad negativa, sino también como un rasgo más general de disestrés somatopsíquico que justificaría las elevadas correlaciones positivas que se dan entre el AN y los autoinformes de estrés y quejas somáticas (Watson y Pennebaker, 1989). Así mismo, los síntomas de ansiedad y depresión se relacionan positivamente con el AN, si bien solo los síntomas depresivos presentan niveles bajos de afectividad positiva (Moral De la Rubia, 2011).

En cuanto a la satisfacción con la vida, la autoestima tiene un efecto positivo en ella y la victimización un efecto negativo (Martínez-Antón, Buelga, 2007). Otra investigación ha relacionado el afecto positivo y negativo con la resiliencia y satisfacción con la vida poniendo de manifiesto que la resiliencia y satisfacción con la vida tienen estrecha relación entre el AP y AN, en la que se demuestra una asociación positiva entre el AP y resiliencia y satisfacción, e inversa con el AN (Liu, Wang, Zhou y Li, 2014); así experimentar emociones positivas prepara a las personas para las adversidades, se muestran más resilientes y con mejor salud, ya que poseen más recursos personales que les permiten enfrentar las amenazas y aplicar soluciones a sus problemas, construir recursos psicológicos que incrementan el bienestar psicológico (Castro Solano, Cosentino y Pawelski, 2010; Fredrickson, 2009). Así Fredrickson (2002) postula que las emociones positivas provocan cambios en la actividad cognitiva y posteriormente cambios en la esfera conductual. Asimismo, se ha observado que el AP mejora la capacidad para resolver problemas, aumenta la creatividad, mejora la capacidad para resistir el dolor, el altruismo, incrementa la flexibilidad cognitiva, facilita la planificación y la toma de decisiones (Avia Aranda, Vázquez Valverde y Seligman, 2011; Grotberg, 2006). Estas

evidencias empíricas apoyan la importancia de ampliar las emociones positivas y la implicación en acciones de promoción de la salud.

1.2.2. Conducta suicida.

La OMS (2001) define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida. Constituye un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los adolescentes poseen vulnerabilidades particulares, por su etapa del desarrollo.

Las conductas suicidas incluyen un espectro de comportamientos que se manifiestan en ideas, amenazas, intentos y suicidios consumados. Se han situado como una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de 10 a 24 años (Bernal et al., 2007; Fonseca-Pedrero et al., 2018; Gore et al., 2011; Harhay y King, 2012), siendo la segunda causa principal de defunción en el grupo de edad de 15 a 29 años (OMS, 2015). Como ya es sabido, en España muere más gente por suicidio que en accidentes de tráfico. Tanto los tumores como los accidentes de tráfico han dejado de ser la primera causa de muerte entre los jóvenes y ahora esta posición le corresponde a los suicidios, ser la primera causa de muerte externa entre los jóvenes menores de 30 años, según el INE (2017).

Se han encontrado diferentes factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Los factores de riesgo son multifacéticos, incluyendo el uso nocivo de alcohol, el abuso en la niñez, el estigma en contra de la búsqueda de ayuda, las barreras para acceder a la atención y el acceso a los medios (OMS, 2014). La comunicación a través de los medios digitales sobre el comportamiento suicida es una preocupación emergente para este grupo de edad (Marchant et al., 2017). También, los intentos de suicidio pueden ser impulsivos o estar asociados con un sentimiento de desesperanza o soledad (Castellvi-Obiols y Piqueras Rodríguez, 2019).

En el caso de los adolescentes, la literatura coincide al identificar como posibles

factores de riesgo: el carácter impulsivo, la falta de control de las emociones y la alta carga de estrés emocional (Ayuso-Mateos et al., 2012; Echeburúa, 2015; Ruiz López, Villa Beltrán y Timbe Ávila, 2018), así como el trastorno límite de la personalidad (Arango et al., 2013; Bobes García, Ubago y Saiz Ruiz, 2011; FEAFES, 2006), la depresión mayor o trastorno de ansiedad (Balázs et al., 2013; Picazo-Zappino, 2014; Rosselló y Hernández, 2004; Sáiz y Bobes, 2014), tentativa previa de suicidio (Baader et al., 2014; Baca-Garcia et al., 2005; Mejía, Sanhueza y González, 2011) o alcoholismo y otras drogas (Narváez Rodríguez y Jesús Caro, 2015; OMS, 2010; Pacheco y Peralta, 2015; Pérez Gálvez, 2014). Otros factores como tener familiares que se han suicidado (Díaz Oñoro, Martínez y Vásquez Vera, 2011; Sanz Rodríguez et al., 2009), homosexualidad (Bobes García et al., 2011; Cano-Montalbán y Quevedo-Blasco, 2018), *bullying* y *ciberbullying* (Cross, Piggin, Douglas y Vonkaenel-Flatt, 2012; Hinduja y Patchin, 2010), víctimas de desastres o abuso infantil (Consumo, 2008; De la Torre, 2013; Loinaz, Echeburúa y Irureta, 2011) son factores de riesgo conocidos. En concreto, el principal factor de riesgo de suicidio es padecer algún trastorno mental, pues entre un 90% y un 98% de los individuos suicidas padece alguno (Hawton, Rodham, Evans y Weatherall, 2002; Nock et al., 2008; Pacheco y Peralta, 2015).

A estos resultados hay que añadir además el impacto psicológico y familiar, así como el coste social y económico en toda la comunidad, cuyas consecuencias se acentúan al tratar del suicidio en adolescentes (Catalá-López et al., 2013; Gore et al., 2011). Fonseca-Pedrero y Díez (2018) realizan una síntesis de otras investigaciones sobre los principales factores de riesgo, desencadenantes y de protección de la conducta suicida (véase Tabla 3).

Tabla 3

Principales factores de riesgo, precipitantes y de protección de la conducta suicida.

FACTORES DE RIESGO	INDIVIDUALES	Trastornos mentales	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión mayor - Abuso de drogas - Trastornos de: ansiedad, bipolar, psicóticos, personalidad, antisocial, conducta alimentaria
		Factores psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Desesperanza - Rigidez cognitiva - Mecanismos de defensa desadaptativos - Falta de habilidades sociales - Baja autoestima - Voluntad fuerte y carácter retraído
		Género	<ul style="list-style-type: none"> - Hombres: más suicidio consumado - Mujeres: más tentativas de suicidio
		Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades físicas, discapacidad o dolor crónico - Intentos previos de suicidio
	FAMILIARES O CONTEXTUALES	<ul style="list-style-type: none"> - Historia familiar de suicidio - Eventos familiares estresantes - Exposición al suicidio (efecto contagio) - Factores sociofamiliares: falta de apoyo en la familia, rigidez en creencias, nivel socioeconómico, situación laboral y bajo nivel educativo 	
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> - Historia de maltrato físico y abuso sexual - Acoso por parte de los iguales (<i>bullying</i> y <i>ciberbullying</i>) - Fácil acceso a medios de suicidio 		
FACTORES PRECIPITANTES	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas con el grupo de iguales (peleas, rupturas amorosas, cambio de grupo de iguales, primeras relaciones, etc.) - Acontecimientos vitales estresantes - Dificultades escolares - Preocupaciones o rumiaciones sobre suicidio - Factores psicológicos o personales - Conflictos familiares 		
FACTORES PROTECTORES	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades en resolución de problemas - Estrategia de afrontamiento positivas - Actitudes y valores positivos hacia la vida - Locus de control interno - Relaciones personales cercanas y satisfactorias (con la familia, amigos, etc.) - Buen nivel educativo - Creencias religiosas 		

Nota: Fonseca-Pedrero y Díez (2018).

También se han encontrado diferentes factores de protección de la conducta suicida. Los factores protectores no eliminan la posibilidad de suicidio, pero pueden ayudar a disminuir su probabilidad de ocurrencia. Las guías de prevención de la conducta suicida (Buscaglia, O'sullivan, Rainsford y Sihera, 2011; Ministerio de Sanidad, 2011; Motors y Europe, 2013) plantean como factores personales: capacidad para resolver problemas y

conflictos; habilidades de comunicación y para las relaciones sociales; valores positivos, creencias religiosas, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad; hábitos saludables de vida como comer sano, hacer ejercicio o higiene del sueño entre otras; personalidad con apertura a nuevas experiencias, flexibilidad cognitiva y tener confianza en uno mismo. Como factores protectores familiares: un buen apoyo familiar y social, con compañeros y amigos, vivir en pareja y tener hijos. Como factores protectores sociales: disponer y recibir servicios eficaces de salud mental; integración social; tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol u otras drogas. Además, la capacidad con la que una persona hace frente a las adversidades de la vida o la habilidad para resolver problemas reduce la probabilidad de que dicha persona se encuentre deprimida, ansiosa o desesperanzada. Desarrollar pautas para el fomento de la resiliencia han demostrado ser eficaces para la lucha contra la tentativa de suicidio (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

Por su parte, Mann et al., (2005), afirman que una adecuada evaluación del riesgo de suicidio por parte de la asistencia primaria y los centros educativos, mejora la capacidad de identificación de personas con riesgo suicida, una formación específica de los profesionales, son factores claves y que han demostrado eficacia a la hora de reducir el riesgo de suicidio. Buscar ayuda profesional no es un fenómeno común, y los que acuden al hospital representan la "punta del iceberg" de la autolesión adolescente (Doyle, Treacy y Sheridan, 2015). Por ello, es determinante tener claro que el suicidio se puede prevenir y que se pueden aplicar programas preventivos. En la Tabla 4 se expone un esquema de intervención para la prevención del suicidio teniendo en cuenta los tres niveles de prevención: universal, selectiva e indicada y tres categorías de intervención: biopsicosocial, ambiental y sociocultural, ofreciendo nueve tipos de ejemplos.

Tabla 4*Esquema de intervenciones para prevención del suicidio.*

	Biopsicosocial	Ambiental	Sociocultural
UNIVERSAL Intervención destinada a todos los miembros en una determinada población.	Ejemplo: Incorporación de detección de depresión en atención primaria.	Ejemplo: Restricción del acceso a armas de fuego y municiones.	Ejemplo: Enseñanza de habilidades de solución de conflictos a alumnos de escuelas elementales; Programas que mejoren las relaciones paterno-filiales.
SELECTIVA Intervención destinada a ciertos grupos que presentan particular riesgo.	Ejemplo: Perfeccionamiento de detección y tratamiento de depresión en atención primaria en la tercera edad.	Ejemplo: Reducción del acceso a medios de autolesión en prisiones.	Ejemplo: Desarrollo de programas para reducir desesperanza y que provean oportunidades (incrementen factores protectores) en poblaciones de alto riesgo: desempleados, adictos, personas mayores, etc.
INDICADA Intervención destinada a individuos que al ser examinados tienen factores de riesgo o condiciones que los colocan en muy alto riesgo.	Ejemplo: Implementación de psicoterapia inmediateamente después de que los pacientes hayan sido evaluados en urgencias por un intento de suicidio.	Ejemplo: Medidas para controlar acceso a medios suicidas antes de dar el alta a un paciente que ha intentado suicidarse.	Ejemplo: Desarrollo y promoción de medios para recibir tratamiento por trastornos mentales y por abuso de sustancias; teléfonos de ayuda; asociaciones de supervivientes.

Nota: Bobes García et al. (2011)

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer Plan de acción que se propone

reducir la tasa global de suicidio a un 10% para el 2020 (OMS, 2013). La Organización Mundial de la Salud puso en marcha el Programa SUPRE (acrónimo de *Suicide Prevention*) como una iniciativa a escala mundial para la prevención del suicidio. Desde entonces, han surgido diversas publicaciones (guías, protocolos) dirigidas específicamente a los diversos sectores implicados en la prevención (educadores, profesionales sanitarios, familiares y agentes sociales). Por su cuenta, en España, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES, 2006) publicó en el 2006 una guía sobre el suicidio, buscando la concienciación de la población, a la par que aportando pautas de actuación para su prevención. Un año después el Ministerio de Sanidad y Consumo formaliza la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

En España, son varias las comunidades autónomas que cuentan con documentos encaminados a la prevención del suicidio. A su vez, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó en 2011 la «Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida» orientada al ámbito sanitario. Además, el Teléfono de la Esperanza está trabajando activamente en diversos programas tanto de prevención de la conducta suicida como de intervención ante la misma, liderando y colaborando en diferentes protocolos junto a diferentes administraciones públicas. Sin embargo, hasta el momento, no se ha puesto en marcha un plan nacional de prevención contra el suicidio, las propuestas de actuación son a nivel autonómico, como, por ejemplo, La Rioja que dentro del III Plan de Salud Mental 2016-2020 (Caro Berguilla et al., 2016), una de sus líneas prioritarias es la realización de un Plan de prevención del suicidio. Este documento consta de cuatro líneas estratégicas: detección, abordaje y prevención de la conducta suicida; formación a profesionales e investigación; información y comunicación eficaz para visibilizar la conducta suicida y reducir el estigma social; y líneas de colaboración y coordinación. Aún queda mucho por hacer, falta información sobre los factores de riesgo y protectores del suicidio en diferentes ámbitos en España, y se desconoce qué intervenciones podrían ser más eficaces, efectivas o eficientes (Sáiz y Bobes, 2014).

1.2.3. *Bullying y ciberbullying.*

El *bullying*, según la RAE, es una palabra inglesa utilizada para referirse a cualquier forma de acoso o maltrato, tanto físico como psicológico, que se repite a lo largo del tiempo. Es definido por Olweus (1998) con tres características: intencionalidad, persistencia en el tiempo y abuso de poder.

El desarrollo y el uso de las nuevas tecnologías ha generado otro tipo de maltrato, el *ciberbullying*, también denominado ciberacoso, que consiste en el uso de medios de comunicación digitales (Internet, teléfonos móviles, videojuegos, etc.) para acosar a una persona o grupo de personas, mediante ataques personales, suplantando la identidad de la víctima, divulgando la información confidencial o falsa entre otros medios con intención ofensiva de forma recurrente y repetitiva (Garaigordobil, Martínez, Maganto, Bernarás y Jaureguizar, 2016; Sticca y Perren, 2013; Waasdorp y Bradshaw, 2015). El *ciberbullying* implica dos factores diferenciales con el *bullying* tradicional: la posibilidad del anonimato del agresor y la expansión de la agresión en el tiempo y en el espacio a nivel mundial (Buelga, Cava y Musitu, 2010).

El acoso escolar constituye un problema de salud pública, por su frecuencia y daño asociado (Hertz, Donato y Wright, 2013). Se asocia con problemas de salud mental en la adolescencia, como ansiedad, depresión o actos suicidas (Doty, Gower, McMorris y Borowsky, 2017). Así, varios estudios han encontrado una asociación entre intimidación y depresión y ansiedad (Garaigordobil, 2011; Perren, Dooley, Shaw y Cross, 2010), suicidio (Bannink, Broeren, van de Looij-Jansen, de Waart y Raat, 2014; Díaz-Atienza y Cuesta, 2004; Gloppen, McMorris, Gower y Eisenberg, 2016) y peor rendimiento académico y clima escolar percibido (Buelga, Ortega y Torralba, 2014; Díaz-Aguado Jalón, Martínez Arias y Martín Babarro, 2010; Pérez Fuentes, Álvarez Bermejo, Molero, Gázquez y López Vicente, 2011).

En numerosas investigaciones se muestra que las víctimas son más propensas a tener molestias físicas (p.ej., dolor de cabeza, dificultad para dormir, dolor abdominal, enuresis, falta de apetito, etc.) y psicológicas (p. ej., ansiedad, depresión, baja autoestima, ideación

suicida, escasas relaciones sociales o aislamiento) (Bond, Carlin, Thomas, Rubin y Patton, 2001; Due et al., 2005; Fekkes, Pijpers y Verloove-Vanhorick, 2004; Fisher et al., 2012; Juvonen, Graham y Schuster, 2003; Kaltiala-Heino, Fröjd y Marttunen, 2010; Mishna, Khoury-Kassabri, Gadalla y Daciuk, 2012; S. E. Moore et al., 2017; Sansone y Sansone, 2008; Zwierzynska, Wolke y Lereya, 2013).

Además, tanto jóvenes agresores como víctimas, presentan peor salud y conductas de riesgo (Bousoño et al., 2017; Kowalski y Limber, 2013; Tokunaga, 2010). Los acosadores son más propensos a presentar algún trastorno de la personalidad (Barchia y Bussey, 2010; Copeland, Wolke, Angold y Costello, 2013; Hinduja y Patchin, 2010; Wolke, Copeland, Angold y Costello, 2013); a mostrar mayor riesgo de delinquir más adelante (Ttofi, Farrington, Lösel y Loeber, 2011) y al consumo de drogas (Durand y Hennessey, 2013; Kelly et al., 2015; Niemelä et al., 2011; Radliff, Wheaton, Robinson y Morris, 2012; Rivers, Poteat, Noret y Ashurst, 2009; Sánchez, Navarro-Zaragoza, Ruiz-Cabello, Romero y Maldonado, 2017). Las víctimas que han sufrido acoso escolar frecuente y no se han visto protegidas ni tratadas convenientemente por el sistema sufren un riesgo cuatro veces mayor de estrés postraumático (Nocito Muñoz, 2017).

Por otro lado, la adaptación exitosa frente a circunstancias desafiantes o amenazantes, la capacidad de superar los efectos negativos, superarse, mantener una conducta adaptativa después de sufrir experiencias traumáticas o estresantes, se llama resiliencia. La teoría de la resiliencia se centra más en las fortalezas que en los déficits; según Becoña (2006), los jóvenes resilientes tienen mayor autoestima y es menos probable que se vean implicados en conductas de riesgo en comparación con sus iguales menos resilientes. Otro factor que influye positivamente sobre el desarrollo de los adolescentes es el apoyo social (familia, amigos, comunidad educativa), investigado por diversos autores (Gutiérrez y Romero, 2014; Sanz Rodríguez et al., 2009; Vinaccia Alpi, Quiceno y Moreno San Pedro, 2007). Así, enseñar a los adolescentes a ser resilientes puede ser una buena vía para que los jóvenes afronten todo tipo de situaciones vitales.

1.2.4. Consumo de sustancias.

La adolescencia, como etapa evolutiva, conlleva una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales que hacen que los adolescentes puedan ser más vulnerables al consumo de sustancias. En la actualidad, las tasas de prevalencia del uso de drogas en la etapa adolescente y adultez temprana son altas. Así el consumo abusivo de alcohol y otras sustancias constituye otro problema de salud pública a nivel nacional e internacional (OMS, 2000). Según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), las drogas legales más consumidas son el alcohol y el tabaco, percibidas por los estudiantes como las más fácilmente disponibles (Moreno, 2018). El consumo precoz de tabaco está asociado a un consumo posterior de alcohol (Beato-Fernandez, Rodriguez-Cano, Belmonte-Llario y Pelayo-Delgado, 2005). Así, el alcohol y el tabaco se consideran la “puerta de entrada” a otras drogas ilegales (Vázquez y Becoña, 2000). El cannabis es la droga ilegal más consumida. La literatura también señala que los jóvenes que realizan un consumo intensivo de alcohol tienen mayor probabilidad de verse implicados en conductas de riesgo tales como violencia, actividad sexual no planificada, absentismo escolar, conducción imprudente (Maturana, 2011). Uno de los efectos adversos más graves producidos por el consumo de alcohol es la siniestralidad; existe una alta incidencia de conductas de riesgo al conducir o subir a vehículos bajo la influencia del alcohol o drogas (Calafat, Roig, Jerez y Franzke, 2008). Otros efectos dañinos son el mayor riesgo de suicidio cuando están intoxicados (Pérez Gálvez, 2014).

Con respecto al tabaco, según la ESTUDES, el porcentaje de la población que fuma a diario ha alcanzado el nivel más bajo de las últimas décadas en ambos sexos. La tendencia al descenso se produce en todos los grupos de edad, pero es especialmente marcada en jóvenes. Por otra parte, fumar provoca: obstrucción leve de las vías respiratorias, función pulmonar disminuida y desarrollo lento de la función pulmonar en los adolescentes (Gold et al., 1996). Como se recoge en el informe mundial de la OMS sobre el tabaquismo, se ha demostrado que se pueden detectar los primeros signos de enfermedad cardíaca y de accidente cerebrovascular en los jóvenes fumadores. Incluso informan que el consumo de tabaco a largo plazo provoca diversos tipos de cáncer y enfermedades crónicas como cáncer de pulmón, cáncer gástrico, accidente cerebrovascular y enfermedad coronaria (OMS, 2015). Igualmente el consumo de

tabaco en jóvenes se ha asociado a un mayor riesgo de problemas mentales (Banzer et al., 2015).

Datos recientes indican que el porcentaje de consumidores problemáticos de cannabis es del 15,4% (Ministerio de Sanidad, 2019). Los participantes que habían consumido cannabis alguna vez en la vida, presentaban una percepción baja del riesgo asociado al consumo de cannabis, a pesar de la evidencia de sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Además, los estudiantes de dicho estudio afirmaban haber consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, estando muy extendido el patrón de policonsumo asociado a consumos de riesgo. El consumo regular de cannabis tiene capacidad de producir cambios conductuales, cognitivos y psicopatológicos en contexto de abuso o dependencia de esta sustancia (Di Forti et al., 2019; Levine, Clemenza, Rynn y Lieberman, 2017; Mustonen, 2018). También ha sido relacionado con el incremento de los trastornos psicóticos en población general, especialmente cuando el consumo se inicia en la adolescencia y es repetido (Gage, Hickman y Zammit, 2016; Gonzalvo, Barral y Roncero, 2011). Se estima que hasta el 8% de la incidencia de esquizofrenia en la población podría estar relacionada con el consumo de cannabis en jóvenes (Volkow et al., 2016).

Por otro lado, el policonsumo es lo más habitual entre los consumidores de drogas, sus efectos adversos repercuten en factores cognitivos, afectivos y comportamentales de manera que aumenta el riesgo de problemas sociales y de salud mental (Moreno, 2018). Así, diversos estudios encontraron que los adolescentes, que eran más vulnerables al alcohol, nicotina y cannabis, podían tener mayor riesgo clínico (Auther et al., 2012; Buchy, Perkins, Woods, Liu y Addington, 2014; Fonseca-Pedrero, Ortuño-Sierra, Paino y Muñiz, 2016; Fumero, Santamaría, y Navarrete, 2009).

De por sí, la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y cannabis entre los jóvenes es elevada y se asocia con una mayor morbi-mortalidad y múltiples costes personales y socio-sanitarios (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Por tanto, no es de extrañar que los jóvenes sean su principal cometido. Así, Repetto et al. (2001), concluyen que los adolescentes presentan un contacto precoz y un consumo preocupante de tabaco, alcohol y drogas ilegales. El entorno y los hábitos de vida se relacionan marcadamente con estas

conductas de riesgo. Becoña (2002) propone el modelo integrador, comprensivo y secuencial de las fases para el consumo de drogas en la adolescencia. Desde una visión multicausal, incluye una completa explicación de las fases que llevan al consumo o no de drogas. En general, estos factores están agrupados en tres categorías: a) los factores contextuales incluyen variables sociodemográficas, biológicas, socioculturales y ambientales; b) los factores sociales se refieren tanto al entorno próximo del adolescente, familia, escuela, grupo de amigos, como a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación; c) los factores psicológicos comprenden cogniciones, habilidades, y otras variables personales relevantes.

De la misma manera, otra investigación cuyo objetivo fue estimar la relación entre el patrón de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes y los factores de socialización como predictores de su consumo, concluye que el consumo de cualquiera de las sustancias es un predictor significativo del patrón de consumo de las otras sustancias; de este modo, la mayor frecuencia de consumo de cannabis está relacionada con una también mayor frecuencia de consumo de tabaco y de alcohol; por otro lado, los factores como el fácil acceso a las drogas y tener amigos con actitudes y comportamientos favorables a las mismas, son factores de riesgo para la transición del uso experimental de sustancias a un uso de las mismas más habitual y frecuente en la adolescencia (Huedo-medina y Espada, 2009).

1.2.5. Impacto escolar: problemas de rendimiento académico.

Existen numerosas definiciones de rendimiento académico; para Navarro (2003) se trata de un constructo susceptible de adoptar valores cuantitativos y cualitativos, a través de los cuales existe una aproximación a la evidencia y dimensión del perfil de habilidades, conocimientos, actitudes y valores desarrollados por el alumno en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Garbanzo Vargas (2007) puntualiza que el rendimiento académico es la suma de diferentes y complejos factores que actúan en la persona que aprende, y ha sido definido con un valor atribuido al logro del estudiante en las tareas académicas que se mide mediante las calificaciones obtenidas, con una valoración cuantitativa, cuyos resultados muestran las materias ganadas o perdidas, la deserción y el grado de éxito académico. Pero el concepto de

rendimiento más extendido y más asumido por la comunidad educativa (p.ej., padres, profesorado y alumnado) se basa fundamentalmente en las calificaciones obtenidas por el alumno (Page, Bueno, Calleja y Cerdán, 1990).

Por tanto, el rendimiento académico es un término multidimensional determinado por los diversos factores que intervienen en el proceso educativo. Es un fenómeno multifactorial determinado por elementos cognoscitivos, motivacionales, socio-ambientales, y pedagógicos o metodológicos (Rubio Gómez, 2009). No es el producto de una única capacidad, sino el resultado de una serie de factores que actúan en, y desde, la persona que aprende.

La literatura científica ha analizado, en considerables investigaciones, las variables que están modulando y determinando el rendimiento académico (Álvaro Page et al., 1990; Garbanzo Vargas, 2007; Morocho Quezada, 2015; Murillo, 2008; Redondo y Inglés-Saura, 2009; Tejedor Tejedor, 2003). Una clasificación clásica es la expuesta en la Tabla 5.

Tabla 5

Variables predictoras del rendimiento académico incluidas en el estudio de Álvaro Page et al. (1990)

Determinantes contextuales	Determinantes personales
<p>Variables sociofamiliares:</p> <p>clima educativo, estructura familiar, origen social, medio sociocultural, características de hábitat o residencia</p> <p>Variables escolares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La institución escolar: dirección y gestión del centro, tipo de centro, agrupamiento, ratio profesor/alumno • El profesor: características del profesor, metodología didáctica • El alumno: preescolarización, edad intraclase, interacción entre iguales 	<p>Variables de tipo personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia y aptitudes • Estilos cognoscitivos • Sexo • Personalidad: autoconcepto, motivación, ansiedad, extraversión.

Varios estudios demuestran que un bajo rendimiento escolar se asocia a la aparición de diversos trastornos mentales en la adolescencia (Kendler, Ohlsson, Mezuk, Sundquist y Sundquist, 2016; MacCabe et al., 2013). Así, diversas investigaciones reflejan menor rendimiento académico cuando el individuo presenta problemas comportamentales o de consumo de sustancias (Hunt y Eisenberg, 2010; López-Gómez y Hervás, 2015). También se han relacionado las dificultades en el ajuste emocional con problemas de rendimiento académico (Ferragut y Fierro, 2012) y, a su vez, bajo rendimiento académico y escasos recursos personales (Garaigordobil y Oñederra, 2010). Por tanto, existe una clara interacción entre problemas de salud y contexto escolar (Feldman, Goncalves, Chacón-Puignau, Zaragoza y Pablo, 2008; Ferragut y Fierro, 2012; Fuentes, Pérez et al., 2011; Needham, Crosnoe y Muller, 2004; Suhrcke y Nieves, 2011).

Por otra parte, el alumnado con un buen rendimiento escolar muestra un mejor ajuste psicosocial y una mayor satisfacción en su vida escolar (Casas et al., 2014; Martínez-Antón, Buelga, 2007; Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Inchausti y Sastre i Riba, 2016). Igualmente, otros estudios señalan que los adolescentes que manifiestan una adecuada adaptación al contexto escolar, presentan un incremento en su bienestar subjetivo y su satisfacción con la vida (Cava, Buelga y Musitu, 2014; Gutiérrez y Gonçalves, 2013; Viñas et al., 2015). En la misma línea de investigación, Pertegal et al. (2015) evalúan el clima social del centro, los vínculos con el centro, la claridad de normas y valores y las oportunidades positivas y empoderamiento; identificando estos como factores promotores del desarrollo sociopersonal y del ajuste de los adolescentes. Las investigaciones realizadas sobre la relación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico apoyan que el aprendizaje temprano del uso de las habilidades sociales y emocionales en la adaptación y el afrontamiento positivo de cambios vitales, favorecen la salud mental y el bienestar psicológico en la edad adulta (Fernández Berrocal y Extremera Pacheco, 2005; Ferragut y Fierro, 2012; Morales y Jiménez López-zafra, 2009). Por todo ello, apremia incluir en los contextos educativos el desarrollo de habilidades y competencias socioemocionales en los currículos escolares, para favorecer el ajuste psicosocial y desarrollo integral del alumnado.

1.2.6. Riesgo de psicosis: Esquizotipia.

La esquizotipia se define como la predisposición latente a los trastornos del espectro esquizofrénico (Meehl, 1962). Una de las conceptualizaciones que ha recibido más interés científico ha sido la que considera a la esquizotipia como una característica o rasgo de personalidad (Fonseca-Pedrero et al., 2014). En general, este acercamiento apoya la existencia de una estructura tridimensional, con una configuración similar a la de la esquizofrenia, conformada por: a) una dimensión positiva cognitivo-perceptual o experiencias perceptuales anómalas o inusuales como las ilusiones, alucinaciones, ideas de referencia e ideación paranoide; b) una negativa que se identifica con la anhedonia y la dificultad para relacionarse con los demás; también se vincula a fenómenos obsesivos y compulsivos, ansiedad social y déficits en funciones frontales; y, finalmente, c) una dimensión de desorganización cognitiva en la que se enmarcan los problemas del pensamiento, la conducta extraña y el lenguaje raro e inusual que suelen presentar los individuos esquizotípicos (Fonseca-Pedrero et al., 2018; Raine, 1991).

Como se comentó anteriormente, los modelos etiológicos consideran la relación entre vulnerabilidad-estrés. Además, las teorías más actuales consideran que dicha vulnerabilidad a la psicosis se expresa a través de un continuo de gravedad, que oscila desde la expresión no clínica (rasgos esquizotípicos, experiencias psicóticas atenuadas), pasando por el nivel subumbral (síntomas psicóticos atenuados) hasta llegar al nivel clínico de psicosis y necesidad de tratamiento (Barrantes-Vidal, Grant y Kwapil, 2015; Fonseca-Pedrero, 2018; Fonseca-Pedrero y Debbané, 2017; Fumero, Marrero y Fonseca-Pedrero, 2018). Las experiencias psicóticas se encuentran distribuidas normalmente en la población general, sin estar necesariamente asociadas a malestar, tratamiento y/o discapacidad (Linscott y van Os, 2013; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul y Krabbendam, 2009). Además, tanto las experiencias psicotiformes como los rasgos esquizotípicos son considerados como marcadores de vulnerabilidad para los trastornos del espectro psicótico en general y, para la esquizofrenia en particular (Debbané et al., 2015). Por lo tanto, su análisis puede permitir comprender los posibles mecanismos etiológicos involucrados en la transición a un cuadro psicótico, de cara al establecimiento de tratamientos preventivos (Fonseca-Pedrero e Inchausti, 2018).

Desde el modelo de propensión-persistencia-discapacidad de la psicosis (van Os et al., 2009) los rasgos esquizotípicos o las experiencias psicótiformes pueden reflejar una vulnerabilidad conductual subyacente que aumenta el riesgo de trastorno psicótico (Ericson, Tuvblad, Raine, Young-Wolff y Baker, 2011; Morton et al., 2017; Shakoor et al., 2016), que puede estar influenciada por factores como, por ejemplo, el trauma infantil (Abajobir et al., 2017; Arseneault et al., 2011), las autolesiones y comportamientos suicidas, estados afectivos negativos (Fonseca-Pedrero y Debbané, 2017; Najolia, Buckner y Cohen, 2012) y/o por el consumo de sustancias como el cannabis (Hides et al., 2009; Malone, Hill y Rubino, 2010; Saha et al., 2011; Schubart et al., 2011). En este sentido, los factores genéticos podrían determinar la sensibilidad específica de cada individuo a diferentes factores de riesgo ambiental (p. ej., complicaciones obstétricas, consumo de cannabis, experiencias de trauma) y/o psicológico (p. ej., esquemas cognitivos disfuncionales, hiper-reflexibilidad), de manera que los individuos más vulnerables tendrían más riesgo de desarrollar psicosis o algunos de sus síntomas o experiencias subclínicas cuando se exponen a uno o varios factores de riesgo. Múltiples impactos ambientales en diferentes momentos temporales podrían conducir a que las experiencias psicóticas atenuadas y los rasgos esquizotípicos en personas vulnerables se volvieran persistentes, sobrepasando el umbral clínico, conduciendo a discapacidad y necesidad de tratamiento (Fonseca-Pedrero, 2018; Linscott y van Os, 2013).

En suma, la esquizotipia es considerada un marcador de riesgo para los trastornos mental graves, como la psicosis. Su estudio permite detectar a participantes de mayor riesgo teórico y el análisis de su relación con otras variables (p.ej., consumo de sustancias) permite conocer posibles mecanismos causales. Dado que es en la adolescencia donde comienzan este tipo de experiencias subclínicas, es sumamente interesante analizar este sector de la población de cara a desarrollar estrategias de prevención e intervención temprana.

1.3. Limitaciones de las investigaciones previas.

Hasta el momento, se han realizado pocos estudios empíricos –en adolescentes- que traten de analizar y comprender las dificultades emocionales y comportamentales y su relación con diferentes indicadores de ajuste socio-emocional. Según la OMS (2014a), además de los ya mencionados trastornos emocionales, depresión, problemas de drogas, etc., asociados a la etapa de la adolescencia, se necesita recopilar información para mejorar los sistemas de salud mental. Cualquier investigación que se realice sobre el desarrollo socio-emocional de los adolescentes será un aporte valioso para la toma de decisiones y acciones que se lleven a cabo en la problemática de la salud de este grupo poblacional. Los problemas de salud mental en los adolescentes acarrear unos altos costes personales, familiares, sociales y económicos, por citar algunos (*Centre for Mental Health, 2009*). Además, hay que añadirle el estigma dirigido hacia los jóvenes con trastornos mentales, que aumenta las consecuencias adversas (*McDaid, 2008*). La mayoría de las necesidades para una buena salud mental no están siendo satisfechas, ni siquiera en las sociedades más ricas. Por tanto, la salud mental y el bienestar emocional de los adolescentes representan un importante reto para la salud pública de todo el mundo, un desafío urgente para la investigación y la inversión.

Dentro de este contexto de investigación la presente tesis doctoral “*Ajuste socio-emocional en adolescentes*” se presenta como compendio de publicaciones sobre una línea de investigación centrada en el bienestar emocional en los adolescentes. Se plantea el presente estudio con el objetivo de analizar el estado de salud mental de los adolescentes y su relación con las dificultades emocionales y comportamentales. Se espera que la investigación arroje información sobre algunos indicadores de salud mental -basados en la evidencia informada- que faciliten medidas que promuevan el bienestar socio-emocional y la prevención de salud mental en este grupo poblacional.

2. OBJETIVOS

Objetivo General: analizar las dificultades en el ajuste emocional y comportamental, así como su relación con el bienestar emocional, afecto negativo, ideación suicida, *bullying* y *ciberbullying*, consumo de sustancias, rendimiento académico y rasgos esquizotípicos, en una muestra representativa de adolescentes escolarizados de la población general.

Los objetivos específicos de la presente investigación son:

1. Analizar la relación existente entre las dificultades emocionales y comportamentales y el bienestar emocional, el afecto negativo y positivo, y el rendimiento académico en adolescentes.
2. Estudiar la relación entre las dificultades emocionales y comportamentales y conducta suicida, acoso escolar (*bullying*, *ciberbullying*) y el consumo de sustancias en adolescentes.
3. Examinar la posible relación entre el consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y cannabis) y los rasgos esquizotípicos en adolescentes.

3. PUBLICACIONES

3.1. Artículo 1

Referencia: Sánchez-García, M. A., Lucas-Molina, B., Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., y Paino, M. (2018). Emotional and behavioral difficulties in adolescence: Relationship with emotional well-being, affect, and academic performance. *Anales de Psicología* 34 (3), 482-489. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.296631>

Factor de impacto: 0,903, Q3, en Psicología Multidisciplinaria, (*Journal of Citation Reports*, JRC 2018).

Resumen: El propósito de este estudio fue examinar las dificultades en el ajuste emocional comportamental y su relación con el bienestar emocional, el afecto positivo y negativo y el rendimiento académico en una muestra representativa de adolescentes no clínicos. La muestra la conformaron un total de 1.664 participantes ($M = 16.12$ años; $DT = 1.36$, rango 14-19 años), seleccionados mediante muestreo estratificado por conglomerados. Los instrumentos empleados fueron el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), el *Positive and Negative Affect Schedule for Children* (PANAS-C), el *Personal Well-being Index-School Children* (PWI-SC), un cuestionario *ad hoc* de rendimiento académico y la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta. Los resultados mostraron que el 7,7% de los adolescentes manifestaron posible riesgo de mala salud mental. Las dificultades emocionales y comportamentales correlacionaron de forma negativa con el bienestar emocional subjetivo y Afecto Positivo y de forma positiva Afecto Negativo. Además, los alumnos con un peor rendimiento académico informaron de mayores dificultades en ajuste emocional y comportamental. Estos resultados son convergentes con los encontrados en trabajos previos y tienen claras implicaciones, tanto a nivel sanitario como educativo, de cara a mejorar la promoción del bienestar emocional y prevención de los problemas psicológicos en este sector de la población.

Palabras clave: prevalencia, dificultades emocionales, adolescencia, afecto positivo, afecto negativo, rendimiento.

Emotional and behavioral difficulties in adolescence: Relationship with emotional well-being, affect, and academic performance

Mª de los Ángeles Sánchez-García¹, Beatriz Lucas-Molina², Eduardo Fonseca-Pedrero^{1,3},
Alicia Pérez-Albéniz^{1*}, and Mercedes Paino⁴

¹ Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja (Spain).

² Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universitat de València (Spain).

³ Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) (Spain).

⁴ Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo (Spain).

Título: Dificultades emocionales y comportamentales en la adolescencia: relación con bienestar emocional, afecto y rendimiento académico.

Resumen: El propósito de este estudio fue examinar las dificultades en el ajuste emocional comportamental y su relación con el bienestar emocional, el afecto positivo y negativo y el rendimiento académico en una muestra representativa de adolescentes no clínicos. La muestra la conformaron un total 1.664 de participantes ($M = 16.12$ años; $DT = 1.36$, rango 14-19 años), seleccionados mediante muestreo estratificado por conglomerados. Los instrumentos empleados fueron el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), el *Positive and Negative Affect Schedule for Children* (PANAS-C), el *Personal Well-being Index—School Children* (PWI-SC), un cuestionario *ad hoc* de rendimiento académico y la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta. Los resultados mostraron que el 7,7% de los adolescentes manifestaron posible riesgo de mala salud mental. Las dificultades emocionales y comportamentales correlacionaron de forma negativa con el bienestar emocional subjetivo y Afecto Positivo y de forma positiva Afecto Negativo. Además, los alumnos con un peor rendimiento académico informaron de mayores dificultades en ajuste emocional y comportamental. Estos resultados son convergentes con los encontrados en trabajos previos y tienen claras implicaciones, tanto a nivel sanitario como educativo, de cara a mejorar la promoción del bienestar emocional y prevención de los problemas psicológicos en este sector de la población.

Palabras clave: prevalencia, dificultades emocionales, adolescencia, afecto positivo, afecto negativo, rendimiento.

Abstract: The main purpose of this study was to examine difficulties in behavioral and emotional adjustment and their relationship to subjective well-being, positive and negative affect, and academic performance in a representative sample of nonclinical adolescents. The sample consisted of a total of 1,664 participants ($M = 16.12$ years, $SD = 1.36$, range 14-19 years), selected through stratified cluster sampling. The instruments used were the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), the Positive and Negative Affect Schedule for Children (PANAS-C), the Personal Wellbeing Index-School Children (PWI-SC), the ad hoc academic performance questionnaire, and the Oviedo Scale of Response Infrequency. In all, 7.7% of the adolescents showed a possible mental health risk. Emotional and behavioral difficulties were negatively correlated with emotional wellbeing and Positive Affect, and positively associated with Negative Affect. In addition, students with poorer academic performance reported greater emotional and behavioral difficulties. These results are consistent with those found in previous studies. They have clear implications, in both health and education, for improving the promotion of emotional wellbeing and the prevention of psychological problems in this population sector.

Keywords: prevalence, emotional Difficulties, adolescence, positive affect, negative affect, academic performance.

Introduction

Mental health disorders in the child-youth population have some of the highest levels of associated disability and economic consequences worldwide (Gore et al., 2011; Horton, 2012). Previous studies have shown that mental health problems during childhood and adolescence increase vulnerability to psychological symptoms and disorders in the short, medium, and long term (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Frías, Carrasco, Fernández, García, & García, 2009). Approximately 50% of all mental health disorders appear for the first time before the age of 14 (Cohen, 2008; Kessler et al., 2007), and they have continuity and consequences for mental health in adulthood (Fonseca-Pedrero & Debbané, 2017; Kessler et al., 2007). The life prevalence of mental health disorders in this stage of development is about 13.4% (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). Specifically in Spain, according to the Spanish National

Health Survey, approximately 4% of the children and adolescents evaluated would present some type of emotional or behavioral problem (Basterra, 2016; Ortuño-Sierra, Aritio-Solana, & Fonseca-Pedrero, 2017).

Within this framework, the emotional wellbeing of children and adolescents is an important public health challenge throughout the world and an urgent issue for research and government policies (Fonseca-Pedrero et al., in press; Forsman, Ventus, Van Der Feltz-Cornelis, & Wahlbeck, 2014; Instituto de la Juventud, 2009). Specifically, emotional wellbeing refers to the overall assessment people make of their life opportunities, the course of events they face, and the experiences derived from them. In other words, it consists of how much a person likes the life s/he leads (Veenhoven, 1994). In fact, mental health also involves a state of positive emotional wellbeing (Inzunza, Valdenegro Egozcue, & Oyarzún Gómez, 2013), which is congruent with the contributions of the positive adolescent development approach (Benson, Scales, Hamilton, & Sesma, 2007; Damon, 2004; Oliva, 2015). These new models adopt a perspective focused on wellbeing, with a special emphasis on the existence of healthy conditions, and they expand the concept of health to include the necessary skills, behaviors, and competencies to

* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:

Alicia Pérez de Albéniz. Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja. C/ Luis de Ulloa, 2 (Edificio Vives), 26004, Logroño (Spain). E-mail: alicia.perez@unirioja.es

be successful in social, academic, and professional life (Benson, Mannes, Pittman, & Ferber, 2013). Going beyond merely preventing problems, they promote healthy development (Oliva, 2015). For example, some studies have found that good health correlates with meeting life goals and having good social relationships (Dias, Bastos, Marxo & García del Castillo, 2017). In this regard, studies have shown that people who experience many positive events and very few negative ones present higher scores on subjective well-being than those who have to face numerous adversities (Limonero, Tomás-Sabado, Fernandez-Castro, Gomez-Romero, & Ardilla-Herrero, 2012; Solano, 2009; Viñas, González, García, Malo, & Casas, 2015). Other studies find that an individual has high subjective wellbeing or happiness if s/he expresses satisfaction with his/her life and frequent positive emotions, with negative emotions being infrequent (García Martín, 2002).

Previous studies have shown that difficulties in emotional adjustment in the child-youth population have been associated with a lower level of subjective emotional wellbeing and worse academic achievement (McLeod, Uemura & Rohrman, 2012; Tempelaar et al., 2014). For example, in the Spanish National Health Survey (Encuesta Nacional de Salud de España, ENSE) 2011-12 survey, children and adolescents at risk of poor mental health, according to the SDQ, reported less healthy behaviors, such as sedentary habits, not having breakfast every day before leaving home, or eating fast food more often (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2014). Emotional adjustment difficulties have also been related to academic achievement problems (Ferragut & Fierro, 2012) and, in turn, low academic performance and scant personal resources (Garaigordobil & Oñederra, 2010; Rothon, Head, Klineberg, & Stansfeld, 2011). Worse academic results accompany behavior problems and less personal satisfaction (Inglés & Martínez-González, 2012). There is a clear interaction between health problems and the school context (Needham, Crosnoe, & Muller, 2004). The inverse relationship can also be found. Thus, various studies show that low school performance is associated with the appearance of mental health symptoms and disorders in adolescence (Kendler, Ohlsson, Mezuk, Sundquist, & Sundquist, 2016; MacCabe et al., 2013), whereas students with good school adjustment show better psychosocial adjustment (Casas et al., 2014; Martínez-Antón, Buelga, Cava, & De, 2007). Adequate adaptation to the school context contributes to increasing students' subjective wellbeing and satisfaction with life (Cava, Buelga, & Musitu, 2014; Gutiérrez & Gonçalves, 2013; Viñas et al., 2015).

Within this general research framework, this study analyzed the difficulties in emotional and behavioral adjustment and their relationship with emotional wellbeing, positive and negative affect, and academic achievement in a representative sample of adolescents. The specific objectives of the present study were: a) to analyze the prevalence of emotional and behavioral difficulties using the SDQ; b) to explore the relationship between emotional and behavioral difficul-

ties and subjective emotional wellbeing; c) to examine the relationship between emotional and behavioral difficulties and positive and negative affect; and d) to analyze the association between emotional and behavioral difficulties and academic performance.

Method

Participants

Participants were selected using a stratified cluster sampling design, with the classroom as the sampling unit, from a population of 15,000 students in the region of La Rioja. The variables used to stratify the sample were school status (public or private) and school stage (Secondary, Baccalaureate, or Vocational training). The assignment of the classrooms was proportional to the number of students. In all, 34 secondary schools and 98 classes participated in the present study.

The initial sample consisted of 1,881 students, although participants who presented a high score on the Oviedo Infrequency Response Scale (INF-OV) (more than 3 points) ($n = 104$) or were older than 19 years ($n = 170$) were eliminated. Thus, the sample consisted of a total of 1,664 students, 782 men (47%) and 882 (53%) women. The mean age was 16.12 years ($SD = 1.36$ years), with the ages ranging between 14 and 19 years old. Due to the reduced number of 19-year-old participants, they were combined with the 18-year-old group. The 18- to 19-year-old group consisted of 268 participants (16.1%).

Most of the participants were of Spanish origin (89.9% Spanish, 3.7% Latin American, 2.4% Romanian, 1% Moroccan, .7% Portuguese, and 2% from other nationalities). Table 1 shows the age and gender distribution of the sample.

Table 1. Sample distribution by gender and age.

	Gender		Total
	Men	Women	
Age	14	91	133
	15	178	184
	16	197	212
	17	190	211
	18	89	103
	19	37	39
Total	782	882	1664

Instruments

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997), self-report form. The SDQ is an instrument used to detect behavioral and emotional difficulties and assess different capacities in the social sphere (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, & Muñiz, 2011, Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Sastre & Muñiz, 2017). It has been used as a tool for the screening and epidemiological analysis of children and adolescents' mental health (Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Inchausti, & Sastre i Riba, 2016).

The SDQ is made up of a total of 25 statements with a

Likert-type response format containing five options (1 = 'Strongly disagree' to 5 = 'Strongly agree'). The items are distributed across five subscales (each containing five items): Emotional Symptoms, Conduct Problems, Hyperactivity, Problems with Peers, and Prosocial Behavior. The first four subscales yield a Total Difficulties score. The higher the score, the greater the level of emotional and behavioral difficulties, except for the subscale of Prosocial Behavior, where a lower score corresponds to worse adjustment.

The psychometric properties of the SDQ have been examined in previous studies (Ortuño-Sierra, Chocarro, Fonseca-Pedrero, Sastre i Riba, & Muñiz, 2015, Ortuño-Sierra et al., 2015, Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Paino, Sastre i Riba, & Muñiz, 2015). In the present study, the Cronbach's alpha coefficient for the Total Difficulties score was .75.

Personal Well-being Index-School Children (PWI-SC; Cummins & Lau, 2005). The PWI-SC was developed through the assessment of adults' subjective well-being in Australia (Cummins, Eckersley, Pallant, van Vugt, & Misajon, 2003). Subsequently, these authors developed alternative versions for different populations, including the PWI for school-age children and adolescents (PWI-SC) (Cummins & Lau, 2005; Tomy, Norrish, & Cummins, 2013). It comprises eight items, with response options ranging from 'Completely dissatisfied' (0) to 'Completely satisfied' (10). The PWI-SC items assess subjective satisfaction with a specific area of life in a relatively generic and abstract way. The first item on the scale analyzes "life as a whole". The other seven items assess satisfaction with the following life domains: standard of living, health, life achievements, relationships, safety, community-connectedness, and future security. The score on the global scale is the result of adding up the scores on these 7 items. Therefore, the total score can range from 0 to 70 points.

The PWI-SC has shown adequate psychometric properties in previous international and national studies (Cummins & Lau, 2005; González-Carrasco, Casas, Malo, Viñas, & Dinisman, 2017; Tomy et al., 2013). In the present study, the internal reliability of the scores estimated with the Cronbach's alpha coefficient for the total score was .83.

The 10-item Positive and Negative Affect Schedule for Children, PANAS-C (Ebesutani et al., 2012). This questionnaire consists of 10 items and two factors designed to measure Positive Affect (PA) and Negative Affect (NA). The items have a 5-point Likert response format with answers ranging from 1 ('Very little or nothing') to 5 ('Extremely or very much'). Five items evaluate PA through the following adjectives: happy, lively, happy, energetic, and proud; and the other five items evaluate NA through the following adjectives: depressed, angry, fearful, scared, and sad. The child/adolescent completes the PANAS-C by considering the way s/he has felt and/or behaved during the past few weeks.

PANAS-C scores have shown high internal consistency (PA = .86-.90, NA = .84-.87) (Melvin & Molloy, 2000). The two scales have shown a small correlation, ranging from .12 to .23 (Kercher, 1992; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). This instrument has been adapted to Spanish following interna-

tional guidelines (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013). In the present study, the reliability of the scores was .77 for PA and .80 for NA.

Assessment of academic performance. In order to assess the students' academic achievement, the following question was asked: "What was your average grade in the last school year?" with a 4-option Likert-format scale: Fail, Pass, Good, Above average, and Outstanding. This question was also added to the previous one: "Did you fail any subject in the previous academic evaluation?" with a Yes or No answer. If the answer was affirmative, the student had to specify the number of failed subjects. In the present study, only the previous year's grade was used as an indirect estimator of the students' academic performance.

The Oviedo Infrequency Scale (INF-OV) (Fonseca-Pedrero et al., 2009). INF-OV was administered to the participants to detect those who responded in a random, pseudorandom, or dishonest manner. The INF-OV instrument is a self-report composed of 12 items with a 5-point Likert-scale format (1 = 'Completely disagree'; 5 = 'Completely agree'). Students with more than three incorrect responses on the INF-OV scale were eliminated from the sample. This measurement instrument has been used in previous studies (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, Sierra-Baigrie, et al., 2011).

Procedure

This research was approved by the Directorate General of Education of the Government of La Rioja and the Ethical Committee for Clinical Research of La Rioja (CEICLAR). Schools were contacted by phone, email, or mail.

In order to standardize the administration process, all the researchers were given a protocol that they had to carry out before, during, and after the administration of the measuring instruments. The instruments were administered in groups of 10-30 students during regular hours under the supervision of a researcher. A fully-equipped classroom was enabled for this purpose.

Confidentiality was guaranteed to all participants, who were free to withdraw from the study at any time. No incentive was provided for their participation. Whenever necessary, informed parental consent was requested before the adolescents' participation in the research. This study is part of a larger research study on mental health and emotional well-being in adolescents.

Data analyses

First, descriptive statistics for the entire sample were computed for the instruments (mean, standard deviation, asymmetry, and kurtosis). The percentages of participants located in each of the three ranges of SDQ scores (No Case, Limit, and Possible Risk) were also calculated. A total score of difficulties between 0-15 is considered "normal" or "no case"; a score from 16-19 is in the "limit" range; and a score from 20-40 is considered a "possible risk of poor mental

health". The cutoff points used in the present investigation are available online (<http://www.sdqinfo.com>).

Second, Pearson correlations were calculated to explore the relationship between emotional and behavioral difficulties and subjective emotional wellbeing, as well as between the PANAS-C and the SDQ.

Finally, a Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was performed to examine the relationship between emotional and behavioral difficulties and academic performance. In the MANCOVA, the Total Difficulties score on the SDQ was considered a dependent variable, and the previous year's grade was considered a fixed factor. Because gender and age can affect the expression of emotional and behavioral problems, they were considered covariates. To estimate the effect of all the variables of the model taken as a whole, Wilks' Lambda value was used. The eta square partial statistic (partial η^2) was used to calculate the effect size. In the present study, statistical significance was set at the conventional value ($p < .05$).

All data analyses were conducted using the statistical program SPSS v22 (IBM Corp Released, 2013).

Results

Descriptive statistics and prevalence of mental health difficulties

Table 2 shows the descriptive statistics for the scores of the measurement instruments used in the study. In the case of the scores on the SDQ subscales, 13.5% had high scores on Emotional Difficulties, 8.5% on Behavioral Problems, 6.1% on Problems with Peers, 16.5% on Hyperactivity Disorders, and 1.7% on Prosocial Behavior. In addition, considering the Total Difficulties score, the results showed that 7.7% of the adolescents were at risk of poor mental health, 13.4% were in the "limit" score range, and 78.9% were in the no-case group.

Table 2. Descriptive statistics of the study variables.

	Mean	SD	Asymmetry	Kurtosis
Emotional Problems SDQ	3.51	2.44	.51	-.49
Behavioral Problems SDQ	2.02	1.70	.96	.99
Peers Problems SDQ	1.54	1.58	1.35	2.05
Hyperactivity SDQ	4.34	2.18	.11	-.49
Prosocial Behavior SDQ	8.56	1.49	-1.29	1.96
Total Difficulties SDQ	11.40	5.26	.46	.08
Total PWI-SC	55.11	8.96	-1.02	1.42
PANAS-C Positive Affect	18.05	2.84	-1.93	3.62
PANAS-C Negative Affect	10.71	3.6	.46	-.44

Note. SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; PANAS-C: Positive and Negative Affect Schedule for Children; PWI-SC: Personal Wellbeing Index–School Children. SD: Standard Deviation.

Relationship between mental health and subjective well-being

Next, the relationships between emotional and behavioral difficulties and perceived subjective wellbeing (both for item 1 and for the total PWI-SC score) were examined through Pearson correlations. As Table 3 shows, the correla-

tion between the SDQ and the PWI-SC scores was moderate and negative, except for the Prosocial Behavior subscale. These results indicate that higher scores on emotional and behavioral difficulties are associated with lower levels of reported emotional wellbeing and satisfaction with life. Prosocial Behavior showed a weak-to-moderate association with emotional wellbeing.

Table 3. Pearson Correlations between the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and the Personal Wellbeing Index–School Children (PWI-SC).

	1	2	3	4	5	6	7
1. Item 1 PWI-SC							
2. Total PWI-SC	.70*						
3. Emotional Problems	-.46*	-.48*					
4. Behavioral Problems	-.19*	-.19*	.18*				
5. Problems with peers	-.35*	-.39*	.35*	.24*			
6. Hyperactivity Difficulties	-.18*	-.18*	.23*	.39*	.11*		
7. Prosocial Behavior	.16*	.20*	-.02	-.29*	-.19*	-.10*	
8. Total difficulties SDQ	-.45*	-.47*	.72*	.64*	.58*	.68*	-.20*

Note. * $p \leq .01$ (bilateral).

Relationship between mental health and negative and positive affect

Table 4 shows the relationship between the SDQ and the PANAS-C scores. As the table reveals, all the correla-

tions were statistically significant ($p < .05$). On the one hand, the Positive Affect (PA) subscale from the PANAS-C was negatively correlated with the Emotional and Behavioral Problems subscales of the SDQ. On the other hand, the Negative Affect (NA) subscale of the PANAS-C was posi-

tively correlated with the different emotional and behavioral problems from the SDQ. Therefore, high levels of PA were associated with low emotional and behavioral difficulties, and high NA scores were associated with greater emotional and behavioral difficulties. Prosocial Behavior was positively and mildly associated with PA from the PANAS-C.

Table 4. Pearson Correlations between the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and the Positive and Negative Affect Schedule for Children (PANAS-C).

SDQ	PANAS-C	
	Positive Affect	Negative Affect
Emotional Problems	-.47**	.60**
Behavioral Problems	-.16**	.26**
Problems with peers	-.35**	.27**
Hyperactivity Difficulties	-.15**	.26**
Prosocial Behavior	.14**	-.05
Total difficulties SDQ	-.44**	.55**

Note. ** $p \leq .01$ (bilateral).

Relationship between mental health and academic performance

Academic performance was estimated by the average grade obtained in the previous school year. The participants' distribution according to their academic performance was: Fail $n = 120$ (7.21%); Pass $n = 298$ (17.9%); Good $n = 534$ (32.09%); Above average $n = 569$ (34.19%); and Outstanding $n = 143$ (8.59%).

Regarding the relationship between emotional and behavioral difficulties and academic performance, the MANCOVA showed statistically significant differences ($F(4, 1664) = 19.264, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .044$). As Figure 1 shows, as academic performance improved, there was a decrease in self-reported emotional and behavioral problems. The Bonferroni post-hoc comparisons showed statistically significant differences between the four performance groups ($p < .01$) on the SDQ Total Difficulty score, with the exception of the comparison of the Fail and Pass groups.

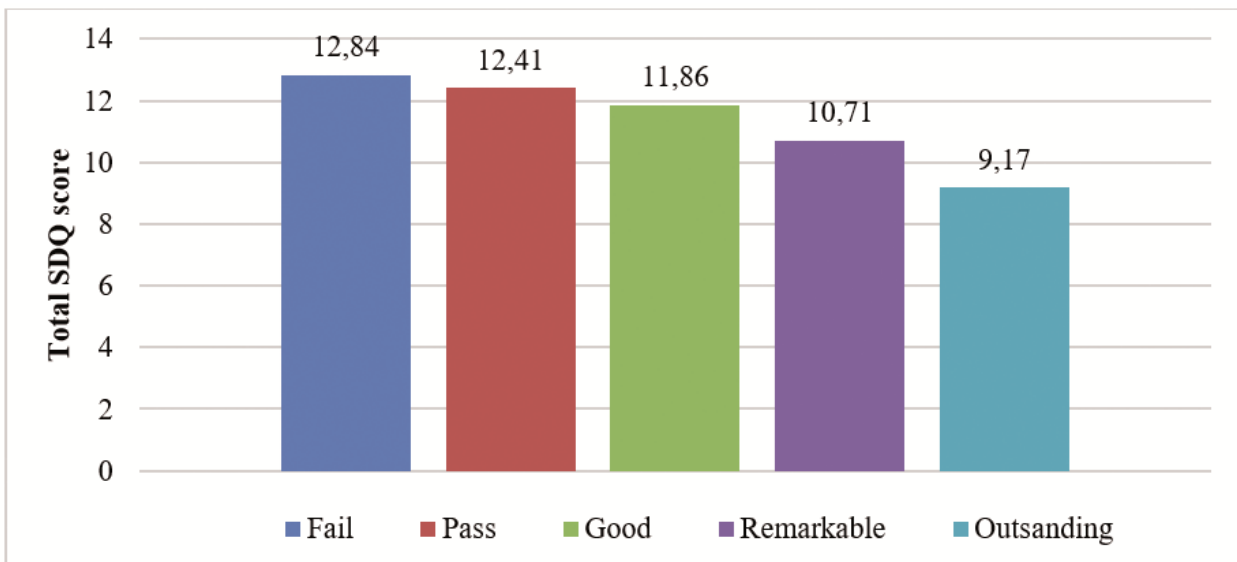


Figure 1. Relationship between emotional and behavioral difficulties. Total Difficulties score on the *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) and academic performance.

Discussion and conclusions

The main objective was to examine the emotional and behavioral adjustment difficulties, and their relationship with emotional wellbeing, positive and negative affect, and academic performance, in a representative sample of non-clinical adolescents. Below, we discuss the main findings.

First, 7.7% of the adolescents from the sample showed psychological characteristics of risk of poor mental health. The analysis of the SDQ subscales revealed that between 1.7% (Prosocial Behavior) and 16.5% (Hyperactivity Difficulties) would fall in the range of possible risk. The results are comparable to previous studies at both the national and international levels (Costello, Foley, & Angold, 2006; Fonse-

ca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, & Muñiz, 2011; Frías et al., 2009; Goodman, 2001; Gore et al., 2011; Ortuño-Sierra et al., 2017; Polanczyk et al., 2015). For example, the ENSE 2006, carried out with the hetero-report version of the SDQ, found that between 19.2% and 26.6% of the children and adolescents from 4 to 15 years old presented a risk of poor mental health, with this being serious in 4-6% of the cases. In agreement with Bastera (2016), analyzing the results of the ENSE 2011/2012, approximately 4% of the children and adolescents evaluated presented some type of emotional and/or behavioral problem.

Second, the greater the subjective emotional wellbeing – satisfaction with life- the fewer the emotional and behavioral difficulties reported by the adolescents. Less satisfaction

with life was found as more difficulties in emotional and behavioral adjustment were observed. These findings are clearly congruent with previous studies (Casas, 2011; Cummins, Eckersley, Pallant, Van Vugt, & Misajon, 2003; Diener, 2013; Park, Peterson, & Sun, 2013; Park, 2004; Tomyn et al., 2013; Viner et al., 2012; Yiengprugsawan, Seubsmann, Khamman, Lim, & Sleight, 2010). For example, Limonero (2012) found that people with greater satisfaction with life presented higher levels of emotional regulation or resilience. Frías (2009) proposed that coping strategies such as focusing on the positive, physical distraction, being engaged/focused, and being successful are associated with greater personal wellbeing, whereas blaming oneself and keeping things to oneself are associated with worse personal wellbeing. Park et al. (2013) showed that life satisfaction was related to good adaptation and optimal mental health in young people. Moreover, individuals who had a high perception of their own health tended to have greater life expectancy, be free from chronic diseases, feel better, enjoy life (Park, 2004), have better social relationships, and be more productive (Diener, 2013).

Third, having few emotional and behavioral difficulties was related to higher levels of Positive Affect (PA) and lower levels of Negative Affect (NA). Once again, the results were congruent with findings from previous studies in both child-adolescent and adult populations (Cohen, 2008; Diener, 2013; Ebesutani et al., 2012; Ortuño-Sierra, Chocarro, Fonseca-Pedrero, Sastre i Riba, & Muñiz, 2015; Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009; Viñas et al., 2015). Furthermore, as would be expected, prosocial behaviors were positively associated with PA and negatively with NA, and these results are similar to those found in previous studies (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, & Muñiz, 2011; Giannakopoulos et al., 2009; Prior, Virasinghe, & Smart, 2005; Yao et al., 2009). For example, prosocial behavior has been found to be a positive and significant predictor of high self-esteem (Inglés & Martínez-González, 2012). In another study, Vázquez et al. (2009) explained that both PA and satisfaction with life seemed to predict positive results related to health. As Diener (2013) states, wellbeing seems to have a direct relationship with health, and fomenting positive emotions could strengthen health. Lyubomirsky (2005) showed that PA contributed to providing resources to promote one's own health. However, the experience of NA, such as fear or anxiety, sadness, guilt, hostility, pessimism, or nervousness, seems to lead to greater problems or somatic complaints, dissatisfaction, and a negative impression of oneself or others (Ebesutani et al., 2012). When young people blame themselves more, do not focus on the positive, are more reserved, and lack coping strategies, they obtain worse scores on PA (Viñas et al., 2015).

Fourth, the findings show that having fewer emotional and behavioral difficulties is related to better academic achievement. This study reveals, as hypothesized, that young people who achieve good academic results (estimated with the average grade in the previous school year) also have few-

er socio-emotional adjustment problems. The students with failing grades present worse mental health compared to students who get good grades. The results of this study are relatively consistent with those found in other studies. Thus, Casas et al. (2014) found that students with good school adaptation not only showed better psychosocial adjustment in other contexts, but that this school adaptation also contributed to increasing their subjective wellbeing and satisfaction with life. Along the same lines, Martínez-Antón et al. (2007) found that high self-esteem, being valued by the teacher, and an appropriate social climate in the classroom favored better school performance. However, and as the present study reveals, worse academic grades are related to poor emotional and behavioral adjustment, a finding that is corroborated in other previous studies. For example, it is estimated that students' depressive symptoms are associated with a 25-30% probability of abandoning their studies (Fletcher, 2010). According to studies by McLeod et al. (2012), the specific problems that most strongly predict low educational levels are related to attention, depression, delinquency, and drug use. Different studies associate a relative reduction in cognitive performance in adolescence and adulthood, particularly on verbal ability, with a greater risk of psychosis in adulthood (MacCabe et al., 2013). Other studies show that a delay in academic progress (low school achievement) can be an indicator of mental health risk in adolescence (Tempelaar et al., 2014). The present study yields interesting results about the associations between mental health, emotional wellbeing, and academic achievement, suggesting the need to continue to examine both the complex relationships established between them and their possible impact at many levels (e.g., family, social, healthcare).

This study presents some limitations that should be taken into account when interpreting and generalizing the results. First, the conclusions of the present study are limited by the measurement instruments used, which are mainly self-reports. Both the prevalence of mental health and the different indicators of wellbeing, affect, and achievement are based on self-report measures, with their well-known limitations in generalizing and extrapolating the results. Second, the effects of other variables that could affect the results found were not controlled, such as the parents' employment situation (employed or unemployed) and other family variables (structure, marital status of the parents, presence of siblings or other family members in the home, such as grandparents, etc.). Third, the study was carried out through stratified random cluster sampling at the classroom level. However, the results are limited by the fact that all the participants belong to the same Autonomous Region, in this case La Rioja, which limits the generalization of the results to other Spanish regions. Fourth, this is a cross-sectional study, so that caution must be used when establishing possible cause-effect relationships.

In summary, the different difficulties in emotional and behavioral adjustment reported by the young people are associated with less emotional wellbeing, higher levels of nega-

tive affect, lower levels of positive affect, and worse academic performance. This study allows us to improve our understanding of the state of mental health of young people. Knowledge about this reality makes it possible to design and implement action strategies within the educational, social, and healthcare policies, in order to improve the mental health and emotional wellbeing of the child-adolescent population. It also helps to optimize the management of resources, mitigate the impact of mental health problems at different levels (e.g., personal, school, family, social, or health), and raise consciousness and awareness about questions related to the stigma associated with people with men-

tal health disorders. Our young people are an important social capital.

Acknowledgements.—This study was financed by the Spanish Ministry of Science and Innovation (MICINN) (reference PSI2014-56114-P), by the Carlos III Institute, Center for Biomedical Research in the Mental Health Network (CIBERSAM), by the 2015 call for “Ayudas Fundación BBVA a Investigadores y Creadores Culturales” and by the project “La salud mental en la sociedad digital del siglo XXI: prevención de los trastornos mentales en niños y adolescentes received by the AYUDAS FUNDACIÓN BBVA A EQUIPOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA 2017”.

References

- Basterra, V. (2016). Percentage of psychoemotional problems in Spanish children and adolescents. Differences between 2006 and 2012. *Medicina Clínica, 147*, 393–396.
- Benson, P. L., Mannes, M., Pittman, K., & Ferber, T. (2013). Youth development, developmental assets, and public policy. En R.M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*, (2^a ed.), (pp.781-814). Nueva York: John Wiley.
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., & Sesma, A. (2007). Positive youth development: Theory, research, and applications. In R.M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development. Volume 1 of Handbook of Child Psychology*, (6^a ed.), (pp.894-941). Editors-in-chief: W. Damon & R.M. Lerner. Hoboken, NJ: Wiley.
- Cappa, C., Wardlaw, T., Langevin-Falcon, C., & Diers, J. (2012). Progress for children: A report card on adolescents. *Lancet, 379*, 2323–2325.
- Casas, F. (2011). Subjective social indicators and child and adolescent well-being. *Child Indicators Research, 4*, 555–575.
- Casas, F., Sarricra, J. C., Alfaro, J., González, M., Figuer, C., Abs, D., ... Oyazún, D. (2014). Satisfacción escolar y bienestar subjetivo en la adolescencia: poniendo a prueba indicadores para su medición comparativa en Brasil, Chile y España. *Suma Psicológica, 21*, 70–80.
- Cava, M.-J., Buclga, S., & Musitu, G. (2014). Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Spanish Journal of Psychology, 17*, E98.
- Dias, P.C., Bastos, A. S., Marzo, J. C., Carlos, J., & García del Castillo, J. A. (2017). Atención primaria bienestar, calidad de vida y regulación afectiva en adolescentes portugueses. *Atención Primaria, 48*, 432–439.
- Cohen, P. (2008). Child development and personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 477–493.
- Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 8–25.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*, 837.
- Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., Van Vugt, J., & Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index. *Social Indicators Research, 64*, 159–190.
- Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2005). *Personal Wellbeing Index - School version. Manual* (3th edición). Australia: Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University.
- Damon, W. (2004). What Is positive youth development? *Annals of the American Academy of Political and Social Science, 591*, 13–24.
- Diener, E. (2013). The remarkable changes in the science of subjective well-being. *Perspectives on Psychological Science, 8*, 663–666.
- Ebesutani, C., Regan, J., Smith, A., Reise, S., Higa-McMillan, C., & Chorpita, B. F. (2012). The 10-item Positive and Negative Affect Schedule for Children, Child and parent shortened versions: Application of item response theory for more efficient assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34*, 191–203.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, N., & Pablo, J. De. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica, 7*, 739–752.
- Ferragut, M., & Fierro, A. (2012). Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología, 44*, 95–104.
- Ferrando, P.J. & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema, 29*, 236-240.
- Fletcher, J. M. (2010). Adolescent depression and educational attainment: Results using sibling fixed effects. *Health Economics, 19*, 855–871.
- Fonseca-Pedrero, E. & Debbané, M. (2017). Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update. *Psicothema, 29*, 5–17.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M. Á., ... Pérez de Albéniz Iturrriaga, A. (en prensa). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino-Piñero, M., Lemos-Giráldez, S., Villazón-García, U., & Muñiz, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief Form in adolescents. *Schizophrenia Research, 111*, 53–60.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes Españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*, 15–25.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., Ordóñez-Cambor, N., & Muñiz, J. (2011). Early psychopathological features in Spanish adolescents. *Psicothema, 23*, 87–93.
- Forsman, A. K., Ventus, D. B. J., Van Der Feltz-Cornelis, C. M., & Wahlbeck, K. (2014). Public mental health research in Europe: A systematic mapping for the ROAMER project. *European Journal of Public Health, 24*, 955-960.
- Frías, Á., Carrasco, Á., Fernández, M. J., García, A., & García, B. (2009). Comorbilidad entre trastorno de conducta y depresión mayor en la adolescencia: Prevalencia, teorías explicativas y estatus nosológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14*, 1–16.
- Garaigordobil, M., & Oñederra, J. (2010). Inteligencia emocional en las víctimas de acoso escolar y en los agresores. *European Journal of Education and Psychology, 3*, 243–256.
- García Martín, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología, 6*, 18-39.
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V., & Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry, 8*, 20.
- González-Carrasco, M., Casas, F., Malo, S., Viñas, F., & Dinisman, T. (2017). Changes with Age in Subjective Well-Being Through the Adolescent Years: Differences by Gender. *Journal of Happiness Studies, 18*, 63–88.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581–586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*

- Psychiatry*, 40, 1337–1345.
- Gore M.F., Bloem J. N. P., Patton C. G., Ferguson J., Joseph V., Coffey C., Sawyer M.S., M. D. C. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, 377, 2093–2102.
- Gutiérrez, M., & Gonçalves, T.-O. (2013). Activos para el desarrollo, ajuste escolar y bienestar subjetivo de los adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, 339–355.
- Horton, R. (2012). GBD 2010: understanding disease, injury, and risk. *The Lancet*, 380, 2053–2054.
- IBM Corp Released. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Inglés, C. J., & Martínez-González, A. E. (2012). Prosocial behavior and self-concept of spanish students of compulsory secondary education la conducta prosocial y el autoconcepto de estudiantes españoles de educación secundaria obligatoria. *Revista de Psicodidáctica*, 17, 135–156.
- Inzunza, J. A., Valdenegro Egozcue, B., & Oyarzún Gómez, D. (2013). Psychometric properties analysis of the Personal Well-being Index in a sample of Chilean adolescents. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9, 13–27.
- Instituto de la Juventud (2009). *Informe Juventud en España 2012*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Mezuk, B., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2016). A Swedish national prospective and co-relative study of school achievement at age 16, and risk for schizophrenia, other nonaffective psychosis, and bipolar illness. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 77–86.
- Kercher, K. (1992). Assessing subjective well-being in the old-old: the panas as a measure of orthogonal dimensions of positive and negative affect. *Research on Aging*, 14, 131–168.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 359–64.
- Limonero, J. T., Tomas-Sabado, J., Fernandez-Castro, J., Gomez-Romero, M., & Ardilla-Herrero, A. (2012). Resilient coping strategies and emotion regulation: predictors of life satisfaction. *Psicología Conductual*, 20, 183–196.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855.
- MacCabe, J. H., Wicks, S., Löfving, S., David, A. S., sa Berndtsson, Å., Gustafsson, J.-E., ... Dalman, C. (2013). Decline in cognitive performance between ages 13 and 18 years and the risk for psychosis in adulthood a Swedish longitudinal cohort study in males. *JAMA Psychiatry*, 70, 261–27043.
- Martínez-Antón, M., Buelga, S., Cava, M. J., & De. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Annuario de Psicología*, 38, 293–303.
- McLeod, J. D., Uemura, R., & Rohman, S. (2012). Adolescent mental health, behavior problems, and academic achievement. *Journal of Health and Social Behavior*, 53, 482–497.
- Melvin, G. A., & Molloy, G. N. (2000). Some psychometric properties of the Positive and Negative Affect Schedule among australian youth. *Psychological Reports*, 86(S3), 1209–1212.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012. Serie Informes monográficos nº 2. Salud mental y calidad de vida en la población infantil*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25, 151–157.
- Needham, B. L., Crosnoe, R., & Muller, C. (2004). Academic failure in secondary school: the inter-related role of health problems and educational context. *Social Problems*, 51, 569–586.
- Oliva, A. (ed.). (2015). *Desarrollo positivo del adolescente*. Madrid: Síntesis.
- Ortuño-Sierra, J., Aritio-Solana, R., & Fonseca-Pedrero, E. (2017). Mental health difficulties in children and adolescents: The study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011–2012. *Psychiatry Research*, 259, 236–242.
- Ortuño-Sierra, J., Chocarro, E., Fonseca-Pedrero, E., Sastre i Riba, S., & Muñiz, J. (2015). The assessment of emotional and behavioural problems: Internal structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 265–273.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Aritio-Solana, R., Velasco, A. M., de Luis, E. C., Schumann, G., ... consortium, I. (2015). New evidence of factor structure and measurement invariance of the SDQ across five European nations. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1523–1534.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., & Sastre I Riba, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: El cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del Psicólogo*, 37, 14–26.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Sastre, S., & Muñiz, J. (2017). Patterns of behavioural and emotional difficulties through adolescence: The influence of prosocial skills. *Anales de Psicología*, 33, 48–56.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sastre i Riba, S., & Muñiz, J. (2015). Screening mental health problems during adolescence: Psychometric properties of the Spanish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of Adolescence*, 38, 49–56.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. (2013). La psicología positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31, 11–19.
- Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 25–39.
- Polaczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56, 345–365.
- Prior, M., Virasinghe, S., & Smart, D. (2005). Behavioural problems in Sri Lankan schoolchildren. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 654–662.
- R Development Core Team. (2011). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing.
- Rothon, C., Head, J., Klineberg, E., & Stansfeld, S. (2011). Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of Adolescence*, 34, 579–588.
- Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66, 43–72.
- Tempelaar, W. M., Otjes, C. P., Bun, C. J., Plevier, C. M., van Gastel, W. A., MacCabe, J. H., ... Boks, M. P. M. (2014). Delayed school progression and mental health problems in adolescence: a population-based study in 10,803 adolescents. *BMC Psychiatry*, 14, 244.
- Tomyn, A. J., Norrish, J. M., & Cummins, R. A. (2013). The subjective well-being of indigenous australian adolescents: validating the Personal Wellbeing Index-School Children. *Social Indicators Research*, 110, 1013–1031.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Annuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15–28.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87–116.
- Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S., & Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31, 226–233.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.
- Yao, S., Zhang, C., Zhu, X., Jing, X., McWhinnie, C. M., & Abela, J. R. Z. (2009). Measuring adolescent psychopathology: Psychometric properties of the self-report strengths and difficulties questionnaire in a sample of Chinese adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45, 55–62.
- Yiengprugsawan, V., Seubsman, S., Khamman, S., Lim, L. L. Y., & Sleight, A. C. (2010). Personal wellbeing index in a national cohort of 87,134 Thai adults. *Social Indicators Research*, 98, 201–215.

(Article received: 09-06-2017; revised: 23-11-2017; accepted: 14-12-2017)

3.2. Artículo 2

Referencia: Sánchez-García, M. A., Pérez de Albéniz, A., Paino, M. y Fonseca-Pedrero, E. (2018). Ajuste emocional y comportamental en una muestra de adolescentes españoles. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(6), 205–216. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30552810>

Factor de impacto: 1.479, Q3, en Psiquiatría, (JRC 2019).

Introducción. El propósito de este estudio fue analizar la relación entre las dificultades en el ajuste emocional y comportamental y la ideación suicida, el acoso escolar (*bullying*, *ciberbullying*) y el consumo de sustancias en adolescentes.

Método. La muestra la formaron un total de 1.664 participantes ($M=16,12$ años; $DT=1,36$, rango 14-19 años, 697 varones), seleccionados mediante muestreo estratificado por conglomerados. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Capacidades y Dificultades, la Escala Paykel de Ideación Suicida, el Cuestionario de *Ciberbullying*-Breve, el Cuestionario de Consumo de Sustancias Modificado y la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta.

Resultados. Los resultados mostraron que el 7,7% de los adolescentes obtuvo puntuaciones de riesgo de problemas de salud mental, mientras que el 13,4% estaría en la franja de puntuación límite. Además, los adolescentes que mostraron dificultades en el ajuste emocional y comportamental también presentaron mayor ideación suicida, conductas relacionadas con el acoso escolar y ciberacoso (percepción, victimización), y consumo de sustancias, concretamente tabaco y cannabis.

Conclusiones. Estos resultados incrementan la concienciación sobre la importancia de la salud mental de los adolescentes, permiten mejorar la formación de los profesionales de la salud y guían la puesta en marcha de medidas para promocionar la salud y reducir los factores de riesgo suicida, de acoso escolar y de uso y abuso de sustancias.

Palabras clave: Dificultades Emocionales, Adolescencia, Ideación Suicida, *Ciberbullying*, Consumo de Drogas, Riesgo de Salud Mental.

Original

M^a de los Ángeles Sánchez-García¹
 Alicia Pérez de Albéniz^{1,3}
 Mercedes Paino²
 Eduardo Fonseca-Pedrero^{1,3,4}

Ajuste Emocional y Comportamental en una Muestra de Adolescentes Españoles

¹Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, España

²Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, España

³Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA), España

⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España

Introducción. El propósito de este estudio fue analizar la relación entre las dificultades en el ajuste emocional y comportamental y la ideación suicida, el acoso escolar (*bullying*, *cyberbullying*) y el consumo de sustancias en adolescentes.

Método. La muestra la formaron un total de 1.664 participantes ($M=16,12$ años; $DT=1,36$, rango 14-19 años, 697 varones), seleccionados mediante muestreo estratificado por conglomerados. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Capacidades y Dificultades, la Escala Paykel de Ideación Suicida, el Cuestionario de *Cyberbullying*-Breve, el Cuestionario de Consumo de Sustancias Modificado y la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta.

Resultados. Los resultados mostraron que el 7,7% de los adolescentes obtuvo puntuaciones de riesgo de problemas de salud mental, mientras que el 13,4% estaría en la franja de puntuación límite. Además, los adolescentes que mostraron dificultades en el ajuste emocional y comportamental también presentaron mayor ideación suicida, conductas relacionadas con el acoso escolar y ciberacoso (percepción, victimización), y consumo de sustancias, concretamente tabaco y cannabis.

Conclusiones. Estos resultados incrementan la concienciación sobre la importancia de la salud mental de los adolescentes, permiten mejorar la formación de los profesionales de la salud y guían la puesta en marcha de medidas para promocionar la salud y reducir los factores de riesgo suicida, de acoso escolar y de uso y abuso de sustancias.

Palabras clave: Dificultades Emocionales, Adolescencia, Ideación Suicida, Cyberbullying, Consumo de Drogas, Riesgo de Salud Mental

Actas Esp Psiquiatr 2018;46(6):205-16

Emotional and Behavioral Adjustment in a Spanish Sample of Adolescents

Introduction. The purpose of this study was to analyze the relationship between emotional and behavioral difficulties and suicidal ideation, bullying and cyberbullying, and substance use in adolescents.

Method. The sample consisted of a total of 1,664 participants ($M=16.12$ years, $SD=1.36$, range 14-19 years, 697 males), selected by stratified random sampling. The instruments used were the Strengths and Difficulties Questionnaire, the Paykel Suicide Scale, the Cyberbullying-Brief Questionnaire, the Modified Substance Consumption Questionnaire, and the Oviedo Infrequency Response Scale.

Results. The results showed that 7.7% of adolescents obtained risk scores of poor mental health, and 13.4% would be in the limit score range. In addition, the results indicated that adolescents who showed a possible risk of emotional and behavioral mental health problems also present greater suicidal ideation, behaviors related to bullying and cyberbullying (perception, victimization), and substance use, specifically tobacco and cannabis.

Conclusions. These results increase awareness of the importance of adolescents' mental health, improve the training of health professionals and guide the implementation of measures to promote health and reduce the risk factors for suicide, school bullying and of substance use and abuse.

Key words: Emotional Difficulties, Adolescence, Suicidal Ideation, Cyberbullying, Drug Use, Mental Health Risk

Correspondencia:

Eduardo Fonseca-Pedrero

Universidad de La Rioja

Departamento de Ciencias de la Educación

Universidad de La Rioja (España)

C/ Luis de Ulloa, 2 (Edificio Vives)

26004 Logroño España

Tlf.: (+34) 941 299 229

Fax: (+34) 941 299 333

Correo electrónico: eduardo.fonseca@unirioja.es

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 15-20% de los niños y adolescentes pueden presentar algún tipo de trastorno mental en su vida¹⁻⁵, comenzando en el 75% de los casos antes de los 18 años⁶. En la Encuesta Nacional de Salud España 2006 (ENSE)^{7,8}, llevada a cabo con la versión heteroinforme del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ)⁹, se encontró que entre el 19,2 y el 26,6% de los niños y adolescentes de 4 a 15 años presentaban riesgo de sufrir mala salud mental, siendo grave en el 4-6% de los casos. Además de las elevadas tasas de prevalencia, los trastornos mentales se encuentran entre las primeras causas de discapacidad asociada y de carga de enfermedad en el grupo de edad de 10 a 24 años¹⁰, con importantes repercusiones sociales y sanitarias¹¹. Los costos de salud y asistencia social se han incrementado en línea con el crecimiento del gasto en servicios de salud mental^{10,12-15}. Por ejemplo, en España conllevan un importante impacto económico, pues los costes asociados a los trastornos mentales se cifraron en 83.749 millones de euros anuales, aproximadamente el 0,8% del PIB¹⁶. Por lo tanto, el análisis de diferentes indicadores salud mental en jóvenes, es de suma importancia ya que permite arrojar pistas sobre su comprensión, prevención y abordaje, así como la gestión eficiente de recursos.

Dentro de los problemas de salud mental, los síntomas emocionales (p.ej., depresión y ansiedad), la conducta suicida, el acoso escolar y el abuso de sustancias se encuentran entre los más prevalentes. Concretamente, las conductas suicidas incluyen un espectro de comportamientos que se manifiestan en ideas, amenazas, intentos y suicidios consumados y se han situado como una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de 10 a 24 años^{10,15,17}. Las conductas suicidas constituyen además uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial¹⁸, siendo la segunda causa principal de defunción en el grupo de edad de 15 a 29 años¹⁹. La comorbilidad, principalmente con los trastornos de ansiedad, aumenta el riesgo de comportamiento suicida en los adolescentes²⁰. Presentar un trastorno mental es, por tanto, el principal factor de riesgo de suicidio, ya que entre un 90% y un 98% de los individuos suicidas padece algún trastorno mental²¹⁻²³. A estos datos, hay que añadir además el impacto psicológico y familiar, así como el coste social y económico en toda la comunidad^{10,12}.

El desarrollo y el uso de las nuevas tecnologías ha generado otro tipo de maltrato, el *ciberbullying*, también denominado ciberacoso, que consiste en el uso de medios de comunicación digitales (Internet, teléfonos móviles, videojuegos, etc.) para acosar a una persona o grupo de personas, mediante ataques personales, suplantando la identidad de la víctima, divulgando información confidencial o falsa en otros medios con intención ofensiva de forma recurrente y

repetitiva²⁴⁻²⁶. Según un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁷ realizado sobre 219.460 estudiantes provenientes de 42 países (entre ellos España), un 8,5-11% de los estudiantes informó haber sufrido y ejercido, respectivamente, acoso al menos de cuatro a seis veces durante los dos últimos meses. La misma frecuencia con la que un 3% del alumnado encuestado informó de haber sido víctima de *ciberbullying*. España obtuvo niveles de prevalencia inferiores a la media en el acoso tradicional (6 y 5% en agresores y víctimas, respectivamente), pero ligeramente superiores en *ciberbullying* (4% víctimas).

También el acoso escolar se asocia con problemas de salud mental en la adolescencia, como ansiedad, depresión o actos suicidas²⁸. La violencia escolar constituye además un problema de salud pública, por su frecuencia y daño asociado²⁹. Así, varios estudios han encontrado una asociación entre intimidación, y depresión y ansiedad^{30,31}, suicidio^{29,32-34} y peor rendimiento académico y clima escolar percibido³⁵⁻³⁷. Tanto jóvenes agresores como víctimas presentan peor salud y mayor número de conductas de riesgo³⁸⁻⁴⁰. En numerosas investigaciones se muestra que las víctimas son más propensas a tener molestias físicas (p.ej., dolor de cabeza, dificultad para dormir, dolor abdominal, enuresis, falta de apetito, etc.) y psicológicas (ansiedad, depresión, baja autoestima, ideación suicida, escasas relaciones sociales o aislamiento)⁴¹⁻⁵⁰. Los acosadores son más propensos a presentar algún trastorno de la personalidad⁵¹⁻⁵⁴, a mostrar mayor riesgo de delinquir⁵⁵ y al consumo de drogas⁵⁶⁻⁶¹.

El consumo abusivo de alcohol y otras sustancias es otro problema de salud pública a nivel nacional e internacional. Según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 14-15)⁶² las drogas legales más consumidas son el alcohol y el tabaco (percibidas por los estudiantes como las más fácilmente disponibles) y el cannabis es la droga ilegal más consumida. Aproximadamente la mitad de los jóvenes de 16 años se había emborrachado en el último año; es más, el 1,7% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumido alcohol diariamente en los últimos 30 días, siendo el alcohol la sustancia psicoactiva percibida como menos peligrosa. Con respecto al tabaco, según la ESTUDES 14-15, el porcentaje de la población que fuma a diario ha alcanzado el nivel más bajo de las últimas décadas en ambos sexos. La tendencia al descenso se produce en todos los grupos de edad, pero es especialmente marcada en jóvenes. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁶³, en 2014, el 29,1% de los participantes había consumido cannabis *alguna vez en la vida*; los jóvenes presentaban una percepción baja del riesgo asociado al consumo de cannabis, a pesar de la evidencia de sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Además, el 14% de los estudiantes informaban haber consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, estando muy extendido el patrón de policonsumo asociado a consumos de riesgo^{38,64}. Además

el consumo precoz de tabaco está asociado a un consumo posterior de alcohol⁶⁵.

Las dificultades y los problemas de salud mental en población infanto-juvenil y sus consecuencias negativas asociadas son evidentes. No obstante, escasos estudios han analizado la relación entre las dificultades en el ajuste emocional y comportamental y otros comportamientos de riesgo para la salud mental. Dentro de este contexto de investigación, el objetivo principal de este trabajo fue explorar la relación entre las dificultades emocionales y comportamentales y la ideación suicida, el *bullying* y *ciberbullying* y el consumo de sustancias en una muestra representativa de adolescentes españoles. Se espera encontrar, de acuerdo a la literatura previa, que aquellos adolescentes con mayores problemas emocionales y comportamentales informen una mayor ideación suicida, mayor prevalencia de comportamientos de acoso escolar y mayor consumo de sustancias.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, por conglomerados, a nivel de aula de centro escolar, en una población aproximada de quince mil estudiantes seleccionados de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Los alumnos pertenecían a diferentes centros escolares (públicos y privado-concertados) y Ciclos de Formación Profesional (básica, media y superior). Los estratos se crearon en función del centro escolar (público/concertado) y la etapa escolar (ESO, Bachiller y Formación Profesional), en donde la probabilidad de extracción del aula del centro escolar venía dada en función del número de alumnos.

La muestra inicial fue de 1.881 alumnos, si bien se eliminaron aquellos participantes que presentaban una puntuación elevada en la Escala de Infrecuencia de Respuesta (más de tres puntos) ($n=104$) o una edad mayor de 19 años ($n=113$). De este modo, la muestra final la formaron un total de 1.664 estudiantes, 782 varones (47%) y 882 (53%) mujeres, pertenecientes a 34 centros escolares y 98 aulas. La media de edad fue de 16,12 años ($DT=1,36$), oscilando el rango de edad entre los 14 y los 19 años. Debido al reducido número de participantes en el grupo de 19 años, se decidió combinarlo con el grupo de 18 años, por lo que el grupo de 18-19 años quedó formado por un total de 268 participantes (16,1%). La distribución final de la muestra en función del género y la edad se recoge en la tabla 1.

Instrumentos

Cuestionario de Capacidades y Dificultades-Autoinforme (*Strengths and Difficulties Questionnaire-self-report version, SDQ*)⁹

El SDQ es un instrumento de medida utilizado para la evaluación de dificultades conductuales y emocionales, así como la valoración de capacidades en el ámbito prosocial⁶⁶. Ha sido utilizado también como herramienta de cribado y análisis epidemiológico del estado de salud mental en población infanto-juvenil⁶⁷.

El SDQ se compone de 25 ítems, en formato de respuesta *Likert* con tres opciones (0= No, nunca, 1= A veces, 2= Sí, siempre). Los ítems se agrupan en cinco dimensiones (con cinco ítems cada una): Síntomas Emocionales, Problemas de Conducta, Dificultades de Hiperactividad, Problemas

Tabla 1	Distribución de la muestra en función de género y edad			Total
	Años	Género		
		Varón	Mujer	
Edad	14	91	133	224
	15	178	184	362
	16	197	212	409
	17	190	211	401
	18	89	103	192
	19	37	39	76
Total		782	882	1664

con Compañeros y Conducta Prosocial. Las primeras cuatro subescalas forman una puntuación Total de Dificultades. A mayor puntuación, mayor nivel de dificultades emocionales y comportamentales, excepto para la subescala de Conducta Prosocial, donde a una menor puntuación le corresponde un peor ajuste.

En el presente trabajo, con la finalidad de mejorar la interpretación de las puntuaciones del SDQ, y de acuerdo con sus baremos, se han confeccionado tres grupos: a) una puntuación Total de Dificultades entre 0-15 es considerada como "no riesgo" o "no caso"; b) una puntuación entre 16-19 se sitúa en el "límite"; y c) una puntuación entre 20-40 es considerada como "caso probable" o "riesgo de mala salud mental"⁶⁸.

Las propiedades métricas del SDQ han sido analizadas en estudios previos internacionales y nacionales^{69,70}. Para el presente estudio, se ha utilizado la versión del instrumento adaptada y traducida al español disponible en internet (<http://www.sdqinfo.com>).

Escala Paykel de Ideación Suicida (*Paykel Suicide Scale, PSS*)⁷¹

Es una herramienta diseñada para la evaluación de ideación suicida. Consta de un total de 5 ítems con un sistema de respuesta dicotómico Sí/No (puntuaciones 1 y 0, respectivamente). Concretamente, valora pensamientos de muerte (ítems 1 y 2), ideación suicida (ítems 3 y 4) e intentos de suicidio (ítem 5). Las puntuaciones oscilan entre 0 y 5. El marco temporal al que se refieren las preguntas es el último año. A mayores puntuaciones, mayor frecuencia y gravedad de ideación suicida. La PSS ha sido utilizada previamente en adolescentes españoles mostrando una adecuada calidad psicométrica^{1,38,72}.

Cuestionario de Cyberbullying Breve (CB)⁷³

El CB es un instrumento que valora comportamientos de *bullying* y *ciberbullying*. El CB se estructura en torno a una serie de dimensiones que se deben tener en cuenta: 1) *Bullying* Tradicional; 2) Accesibilidad a las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) (a Internet y al teléfono móvil); 3) *Ciberbullying* a través de Internet; y 4) *Ciberbullying* a través del teléfono móvil. Las propiedades psicométricas de este instrumento de medida han sido analizadas⁷⁴. En el presente trabajo se seleccionaron ocho preguntas (2, 3, 4, 5, 6, 16 y 17) que recogen información del comportamiento de acoso y *ciberbullying*. El CB ha sido extensamente utilizado en trabajos previos con adolescentes^{75,76}.

Cuestionario de Consumo de Sustancias Modificado

El cuestionario de consumo de sustancias utilizado en la presente investigación es una modificación abreviada del *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST v3.0)⁷⁷. La ASSIST es una entrevista que se emplea como herramienta de cribado en la detección de consumidores de drogas desarrollada por la OMS. La ASSIST consta de diferentes ítems que evalúan, entre otros aspectos, la frecuencia de consumo de diferentes sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, etc.) en los tres meses anteriores a la realización del cuestionario. La ASSIST se encuentra traducida y validada al español⁷⁸.

En este estudio se utilizaron dos de las cuestiones de la ASSIST que se aplicaron en formato autoinforme. El ítem 1 preguntaba: "A lo largo de tu vida, ¿cuál de las siguientes sustancias has consumido alguna vez?" Los participantes tienen que responder en un formato de respuesta dicotómico Sí/No para las siguientes sustancias: a) Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.); b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.); c) Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.) y d) Otras (p.ej., cocaína, anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos, etc.). Por su parte, el ítem 2 preguntaba, en el caso de contestar afirmativamente a algunas de las sustancias del ítem 1, sobre la frecuencia de consumo en los últimos tres meses.

Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV)⁷⁹

La INF-OV se ha desarrollado para detectar a aquellos participantes que han respondido de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonestamente a los instrumentos de medida administrados. La INF-OV es un instrumento de medida tipo autoinforme compuesto por 12 ítems en formato tipo *Likert* de cinco categorías en función del grado de adherencia (1= Completamente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Ni en desacuerdo ni de acuerdo; 4= De acuerdo y 5= Completamente de acuerdo). Una vez dicotomizados los ítems, los alumnos que puntúan más de dos ítems de la INF-OV de forma incorrecta son eliminados del estudio. La INF-OV ha sido utilizada en trabajos previos⁸⁰.

Procedimiento

La investigación fue aprobada por la Dirección General de Educación del Gobierno de La Rioja y el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR). El contacto con los centros escolares se realizó por teléfono, email o por correo postal. El primer contacto con el centro escolar se efectuaba con el director, el Jefe de Estudios, o con el Departamento de Orientación.

Con la finalidad de estandarizar el proceso de administración, a todos los investigadores se les entregó un protocolo y unas normas que debían llevar a cabo antes, durante y después de la administración de los instrumentos de medida. La administración de los cuestionarios se realizó por ordenador y de forma colectiva en grupos de entre 10 y 30 participantes.

Se informó en todo momento de la confidencialidad de las respuestas, así como del carácter voluntario de la participación y no se dio gratificación alguna por la colaboración en el estudio. Siempre que fue necesario, se solicitó un consentimiento que autorizase la participación del adolescente en la investigación. Este estudio se enmarca dentro de un proyecto más amplio sobre la detección temprana de problemas de salud mental.

Análisis de datos

Con la finalidad de investigar los objetivos propuestos se llevaron a cabo los siguientes análisis de datos. En primer lugar, se analizó el porcentaje de participantes que presentaban dificultades emocionales y comportamentales, ideación suicida, *bullying* y *ciberbullying* y consumo de sustancias.

En segundo lugar, se construyeron tres grupos de participantes en función de la puntuación total de dificultades del SDQ. Se realizó para el estudio de la relación entre los tres niveles dificultades emocionales-comportamentales e ideación suicida un Análisis Univariado de la Covarianza (ANCOVA). Dado que género y edad pueden afectar a la expresión de las problemáticas emocionales y conductuales, fueron considerados covariables. El estadístico eta cuadrado parcial (η^2 parcial) se utilizó para el cálculo del tamaño del efecto. Para el estudio de la relación entre los tres niveles de problemas emocionales y comportamentales, por un lado, con *bullying* y *ciberbullying* y, por otro, con el consumo de sustancias, se utilizaron tablas de contingencia y el estadístico *tau b* de Kendall.

Los análisis de datos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS v22⁸¹.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos: datos de prevalencia

Los resultados mostraron que el 7,7% de los adolescentes obtuvo puntuaciones de riesgo de mala salud mental (puntuación Total de Dificultades), el 13,4% estaría en la franja de puntuación límite y el 78,9% de la muestra se encontraba en el grupo de ausencia de riesgo. El 4,1% de los adolescentes indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida. Un 5,6% de alumnos percibió acoso escolar en su centro varias veces a la semana, mientras que el 2% de los alumnos afirmó que se habían producido fenómenos de *ciberbullying* varias veces por semana en su centro escolar. La prevalencia vital de consumo de sustancias (haber consumido alguna vez en su vida) fue del 40,6% para el tabaco, del 79,4% para el alcohol y del 23,6% para el cannabis. El 15,7% de la muestra refirió beber alcohol cada semana. Además, el 2,9% de los participantes presentaron una frecuencia de consumo de cannabis mensual, mientras que un 2% presentó un patrón de consumo semanal.

Relación entre dificultades emocionales y comportamentales e ideación suicida

El ANCOVA relevó la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de salud mental y la puntuación total en ideación suicida. Los resultados se presentan en la tabla 2. Como se puede observar, a medida que aumenta el nivel de dificultades emocionales y comportamentales, se incrementa el nivel de ideación suicida informada por los adolescentes. Digno de mención es que la PSS se refiere tanto a pensamientos de muerte, como a ideación y tentativas previas de suicidio. El tamaño del efecto encontrado fue de magnitud grande. Las comparaciones *post*

Tabla 2	Comparaciones en puntuaciones totales de ideación suicida en función de los grupos de salud mental								
	Grupos de salud mental								
	No riesgo		Límite		Riesgo de mala salud mental		F	p	η^2 parcial
	n=1.313		n=223		n=128				
	M	DT	M	DT	M	DT			
Ideación Suicida (PSS)	0,61	1,07	1,57	1,52	2,58	1,68	194,67	≤0,001	0,19

PSS: Escala Paykel de Ideación Suicida (Paykel Suicide Scale)

Tabla 3	Número de participantes en las opciones de respuestas de los ítems de bullying y ciberbullying en función de los grupos de salud mental	Grupos de salud mental		
		Opciones de respuesta	No riesgo	Límite
1 ¿Se han producido fenómenos de acoso (meterse con alguien, Bullying) en los últimos dos meses en tu instituto? <i>Tau b</i> de Kendall=0,132; $p \leq 0,001$	0	739	98	46
	1	433	98	42
	2	83	9	21
	3	58	18	19
2 ¿Cuántas veces se han metido contigo o te han acosado en los últimos dos meses? <i>Tau b</i> de Kendall=0,242; $p \leq 0,001$	0	1162	167	70
	1	127	42	39
	2	15	8	10
	3	9	6	9
3 ¿Te has metido tú con alguien o has acosado a otras personas en los últimos dos meses? <i>Tau b</i> de Kendall=0,133; $p \leq 0,001$	0	1152	181	89
	1	145	35	28
	2	12	4	8
	3	4	3	3
4 Ahora, pensando sólo en el Cyberbullying, ¿ha sucedido este fenómeno en los últimos dos meses? <i>Tau b</i> de Kendall=0,087; $p \leq 0,001$	0	1116	181	91
	1	144	25	28
	2	36	7	3
	3	17	10	6
5 ¿Cuántas veces se han metido contigo o te han acosado a través de tu móvil en los últimos dos meses? <i>Tau b</i> de Kendall=0,224; $p \leq 0,001$	0	1248	191	92
	1	58	22	27
	2	6	9	6
	3	1	1	3
6 ¿Te has metido tú con alguien o has acosado, a través del móvil, a otras personas en los últimos dos meses? <i>Tau b</i> de Kendall=0,119; $p \leq 0,001$	0	1263	206	110
	1	46	15	13
	2	3	1	3
	3	1	1	2
7 ¿Cuántas veces se han metido contigo o te han acosado a través de Internet en los últimos dos meses? <i>Tau b</i> de Kendall=0,229; $p \leq 0,001$	0	1266	194	97
	1	42	21	26
	2	4	6	2
	3	1	2	3
8 ¿Te has metido tú con alguien o has acosado, a través de Internet, a otras personas en los últimos dos meses? <i>Tau b</i> de Kendall=0,136; $p \leq 0,001$	0	1282	211	111
	1	29	10	13
	2	1	1	1
	3	1	1	3

Tabla 4	Número de participantes en prevalencia de consumo de sustancias en función los grupos de salud mental							
	Grupos de salud mental						Tau b Kendall	p
	No riesgo		Límite		Riesgo de mala Salud mental			
	No	Sí	No	Sí	No	Sí		
Tabaco	806	507	122	101	60	68		
Alcohol	272	1041	51	172	20	108	0,009	0,697
Cannabis	1030	283	155	68	87	41	0,090	0,001

hoc mediante Bonferroni mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de salud mental ($p \leq 0,01$).

Relación entre dificultades emocionales y comportamentales y el acoso escolar

La relación entre los tres grupos de salud mental y los comportamientos de acoso escolar se recogen en la tabla 3. Como se puede observar, a medida que aumentan las dificultades emocionales y comportamentales se incrementan los comportamientos de *bullying* y *ciberbullying* tanto en percepción general como en víctima y acosador. Los alumnos que han sufrido *bullying* en los dos últimos meses tienen un riesgo de mala salud mental del 1,14–2,22% y los que han sufrido *cyberbullying* 0,36–0,96%.

Relación entre los niveles de riesgo de dificultades emocionales y comportamentales y el consumo de sustancias

Como se puede observar, el grupo de riesgo de mala salud mental presentó una mayor frecuencia de consumo vital de tabaco y cannabis en comparación con los otros dos grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en consumo de alcohol entre los grupos de salud mental. Los resultados se recogen en la tabla 4.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de este trabajo fue explorar la relación entre las dificultades emocionales y comportamentales y la ideación suicida, el *bullying* y *ciberbullying* y el consumo de sustancias en una muestra representativa de adolescentes

españoles. Los resultados han demostrado, de acuerdo a la literatura previa, que aquellos adolescentes que refieren mayores problemas emocionales y comportamentales informan de mayor ideación suicida, más comportamientos de acoso y ciberacoso escolar (tanto víctima como agresor) y de un mayor consumo de tabaco y cannabis.

Los resultados mostraron que el 7,7% de los adolescentes manifestaban puntuaciones elevadas en problemas emocionales y comportamentales. Estos son comparables con las Encuestas Nacionales de Salud ENSE 2006 y 2011/12^{66,82,83}. También en el ámbito internacional se considera que la prevalencia vital de trastornos mentales en esta etapa del desarrollo se sitúa en torno al 13,40%^{2,10,84–86}.

El riesgo de problemas en el ajuste emocional y comportamental se relacionó con mayor ideación suicida. Diversas investigaciones previas también señalan la relación positiva entre dificultades de salud mental y tentativas de suicidio^{17,22,87,88}. Así, Balázs et al.²⁰ pusieron de relieve la importancia de la identificación temprana de la depresión y la ansiedad para minimizar el riesgo de suicidio (en una muestra de 12.395 adolescentes de 11 países). También se evidencia el aumento del riesgo de comportamientos suicidas en, por ejemplo: trastornos bipolares comórbidos, abuso alcohol o trastornos de la conducta alimentaria^{38,89–96}. Hawton²¹ añade que los adolescentes más impulsivos y con autoestima negativa también parecían estar más expuestos al riesgo de autolesión. Otra investigación realizada en los Estados Unidos identificó que los problemas de relación, las crisis recientes, los problemas de salud mental, los problemas de pareja y el acoso escolar eran, los factores precipitantes más comunes⁹⁷.

Los problemas en el ajuste emocional y comportamental se asociaron también con un mayor número de comportamientos de acoso tasados en un 5,6% tanto de victimización

como de agresión en el centro de educativo. El fenómeno acoso escolar también parece estar ligado a efectos negativos sobre la salud mental de los adolescentes. Como se confirma en nuestro estudio, a medida que aumentan los problemas psicopatológicos también aumentan los casos de *bullying* y *ciberbullying*, tanto en percepción general como en víctima y acosador. En numerosas investigaciones se ha demostrado que los adolescentes acosados tienen más alteraciones físicas, problemas psicosomáticos, depresión, ansiedad, ideación o intentos de suicidio^{28,33,43,44,98,99}, presentan baja autoestima^{100,101}; serios problemas de relación social, aislamiento, déficit de habilidades sociales y autocontrol^{135,48,50,75,102}; peor rendimiento académico y peor concentración^{36,39} e incluso absentismo escolar⁴⁰. Por ejemplo, Kowalski et al.³⁹ correlacionan el acoso tradicional y la intimidación cibernética con altas tasas de ansiedad, depresión, baja autoestima, abandono escolar, ideación suicida y problemas de salud. En otro estudio Bannink et al.³² corroboran un mayor riesgo de problemas de salud mental entre las niñas que sufren *ciberbullying*.

Un tercer resultado encontrado es que las dificultades emocionales y comportamentales se relacionan con un mayor consumo de tabaco y cannabis, no así de alcohol. Nuestra muestra presentó un patrón del 2% de consumo semanal de cannabis. Estos resultados son parcialmente convergentes con los hallados en trabajos previos^{62,66}. Por ejemplo, el consumo de tabaco se asocia con un mayor riesgo de problemas mentales¹⁰³ como ansiedad, depresión^{95,104,105}, trastorno de la personalidad¹⁰⁶⁻¹¹⁰ y tendencias suicidas^{38,92,111-113}. Según Baek et al.¹⁰⁶ el consumo actual de cigarrillos puede predecir el intento de suicidio en una muestra representativa de la comunidad de personas con trastorno bipolar. Respecto al cannabis, Fergusson et al.¹¹⁴ en un estudio longitudinal examinan las asociaciones entre la frecuencia de este consumo y los resultados psicosociales en la adolescencia y juventud, entre la edad de 14-21 años; confirman que el uso de cannabis se asoció con mayores tasas en una serie de problemas de adaptación, delincuencia, depresión y conductas de tipo suicida. La OMS considera que el cannabis incide negativamente en la salud mental porque parece ser capaz de ocasionar un síndrome de dependencia, similar al de otras drogas, inducir psicosis propias, causar un síndrome amotivacional, y exacerbar el curso de la esquizofrenia, así como precipitar su inicio¹¹⁵. Es probable que el consumo de cannabis aumente el riesgo de desarrollar esquizofrenia y otras psicosis; cuanto mayor es el uso, mayor es el riesgo^{116,117}. El uso de cannabis y el volumen de materia blanca fueron aditivos e interactivos para predecir los síntomas depresivos entre los adolescentes¹¹⁸ e incluso en un estudio longitudinal el consumo de cannabis se asoció con un mayor riesgo de suicidio¹¹⁹. Por ejemplo, Carli et al.¹, exploraron la prevalencia de conductas de riesgo (consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas ilegales, fumar en exceso, sueño reducido, bajo peso, el sedentarismo, sobrepeso, alta utilización de Internet, TV, videojuegos y el absentismo escolar) y su asociación con los com-

portamientos autodestructivos, en una muestra de 12.395 adolescentes. Identificaron tres grupos de adolescentes: un grupo de bajo riesgo, un grupo de alto riesgo y un tercer grupo de riesgo "invisible" (5,9 % la prevalencia de intentos de suicidio) con niveles altos de conductas de riesgo que tenía casi la misma prevalencia que el grupo de alto riesgo.

El presente trabajo no está exento de limitaciones, algunas de ellas se comentan a continuación. Primero, los indicadores de salud mental fueron evaluados mediante instrumentos tipo autoinforme con las correspondientes limitaciones de este tipo de herramientas. Segundo, la muestra pertenece a una comunidad autónoma española (La Rioja) aspecto que, aunque se haya realizado un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados, limita parcialmente la generalización de los resultados a todo el territorio español. Tercero, es un estudio transversal que no permite establecer relaciones de causa efecto. Cuarto, hubiese sido interesante recoger datos sobre otros posibles factores de riesgo demográficos (p.ej., estatus económico) e información sobre la historia presente o pasada de síntomas o trastornos mentales, aspectos que podrían estar modulando los resultados encontrados.

Este estudio pretende arrojar luz sobre la relación entre diferentes problemáticas de salud mental, teniendo como reto mejorar el bienestar emocional de nuestros jóvenes. Futuros estudios deberían examinar los mecanismos psicológicos que se relacionan con la transición a un trastorno mental, así como realizar estudios longitudinales que permitan analizar la capacidad predictiva de estos indicadores. Del mismo modo, es sumamente interesante implementar nuevas tecnologías de la información (p.ej., smartphone, apps) así como nuevos acercamientos psicométricos en el estudio de la salud mental, como los modelos de redes^{120,121}.

En las dos últimas décadas ha aumentado el interés por el estudio de la salud mental y el bienestar emocional de niños y adolescentes, si bien los esfuerzos destinados a este fin son aún insuficientes. Es evidente que muchas cuestiones quedan aún por abordar y resolver.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN) (referencia PSI2014-56114-P), por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), por la Convocatoria 2015 de "Ayudas Fundación BBVA a Investigadores y Creadores Culturales" y por las "Ayudas Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica 2017" y Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) (referencia PSI 2016-79524-R).

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, et al. A newly identified group of adolescents at "invisible"; risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*. 2014;13(1):78-86.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):837.
- Faedda GL, Serra G, Marangoni C, Salvatore P, Sani G, Vázquez GH, et al. Clinical risk factors for bipolar disorders: A systematic review of prospective studies. *J Affect Disord*. 2014;168:314-21.
- Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Schizotypal traits and depressive symptoms in nonclinical adolescents. *Compr Psychiatry*. 2011;52(3):293-300.
- Shankman SA, Lewinsohn PM, Klein DN, Small JW, Seeley JR, Altman SE. Subthreshold conditions as precursors for full syndrome disorders: A 15-year longitudinal study of multiple diagnostic classes. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2009;50(12):1485-94.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):359-64.
- Ministerio de Sanidad y Consumo Español. Encuesta Nacional de Salud 2006-2007. *Minist Sanid y Política Soc*. 2007.
- Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. 2010;22(3):389-95.
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
- Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9783):2093-102.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. Promoción de la Salud Mental. Conceptos. Evidencia emergente. Práctica. Informe Compendiado. Promoción la Salud Ment. 2004;60.
- Catalá-López F, Génova-Maleras R, Álvarez-Martin E, Fernández de Larrea-Baz N, Morant-Ginestar C. Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6(2):80-5.
- Domino ME, Burns BJ, Mario J, Reinecke MA, Vitiello B, Weller EB, et al. Service Use and Costs of Care for Depressed Adolescents: Who Uses and Who Pays? *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009;38(6):826-36.
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Corrigendum to "Cost of disorders of the brain in Europe 2010" *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2011;21:718-79.
- Harhay MO, King CH. Global burden of disease in young people aged 10-24 years. *Lancet*. 2012;379(9810):27-8.
- Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*. 2014;9(8):e105471.
- Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007;101(1-3):27-34.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. 2014. 92.
- Organización Mundial de la Salud. Suicidio OMS. Ginebra: 2015.
- Balázs J, Miklosi M, Keresztény Á, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2013;54(6):670-7.
- Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002;325(7374):1207-11.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Ronald C, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. 2008;30(1):133-54.
- Pacheco B, Peralta P. La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*. 2015;40(1):47-55.
- Garaigordobil M y MC. Conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: prevalencia en el País Vasco y diferencias en función de variables socio-demográficas anti-social behavior in adolescents and young adults: prevalence in the basque country and differences as a function of. *Acción Psicológica*. 2016;13:57-68.
- Sticca F, Perren S. Is cyberbullying worse than traditional bullying? Examining the differential roles of medium, publicity, and anonymity for the perceived severity of bullying. *J Youth Adolesc*. 2013;42(5):739-50.
- Waasdorp TE, Bradshaw CP. The overlap between cyberbullying and traditional bullying. *J Adolesc Heal*. 2015;56(5):483-8.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad MSSSI. La encuesta europea de salud en España 2014 (INE). *Minist Sanidad, Serv Soc e Igual*. 2016;28.
- Doty JL, Gower AL, McMorris BJ, Borowsky IW. Explaining patterns of bullying and sexual harassment involvement: connections matter. *J Adolesc Heal*. 2017;60(2):S3-4.
- Hertz MF, Donato I, Wright J. Bullying and suicide: a public health approach. *J Adolesc Heal*. 2013;53:5-7.
- Garaigordobil M. Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: Una revisión. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2011;11(2):233-54.
- Perren S, Dooley J, Shaw T, Cross D. Bullying in school and cyberspace: associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010;4(1):28.
- Bannink R, Broeren S, van de Looij-Jansen PM, de Waart FG, Raat H. Cyber and traditional bullying victimization as a risk factor for mental health problems and suicidal ideation in adolescents. *PLoS One*. 2014;9(4):e94026.
- Díaz-Atienza A, Cuesta P. Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes . Resultados preliminares. *Rev Psiquiatr y Psicol del Niño y del Adoles*. 2004;4(1):10-9.
- Gloppen KM, McMorris BJ, Gower AL, Eisenberg M. Bullying, Emotional Distress, and Suicidality among American Indian Youth. *J Adolesc Heal*. 2016;58(2):S60-1.
- Buelga S, Ortega J, Torralba E. Influencia del cyberbullying en la autoestima académica y percepción del clima escolar en estudiantes de enseñanza secundaria / Cyberbullying influence on academic self-esteem and perception of school climate among secondary school students. *Univ Val España*. 2013;978-89.
- Díaz-Aguado Jalón MJ, Martínez Arias R, Martín Babarro J. Estudio estatal sobre la convivencia escolar en la educación secundaria obligatoria. Madrid. *Minist Educ*. 2010.
- Pérez-Fuentes M del C, Álvarez Bermejo JA, Molero M del M, Gázquez JJ, López Vicente MA. Violencia Escolar y Rendimiento Académico (VERA): aplicación de realidad aumentada. *Eur J Invest Heal Psychol Educ*. 2011;1(2):71-84.
- Bousoño M, Al-halabi S, Burón P, Garrido M, Díaz-mesa M,

- Galván G, et al. Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes Substance use or abuse, internet use, psychopathology and suicidal ideation in adolescents? *Adicciones*. 2017;29:97–104.
39. Kowalski RM, Limber SP. Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *J Adolesc Heal*. 2013;53(S1):S13–20.
 40. Tokunaga RS. Following you home from school: a critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Comput Human Behav*. 2010;26(3):277–87.
 41. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ*. 2001;323(7311):480–4.
 42. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health*. 2005;15(2):128–32.
 43. Fekkes M, Pijpers FIM, Verloove-Vanhorick SP. Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *J Pediatr*. 2004;144(1):17–22.
 44. Fisher HL, Moffitt TE, Houts RM, Belsky DW, Arseneault L, Caspi A. Bullying victimization and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2012;344:e2683.
 45. Juvonen J, Graham S, Schuster MA. Bullying among young adolescents: the strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics*. 2003;112(6):1231–7.
 46. Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Marttunen M. Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(1):45–55.
 47. Mishna F, Khoury-Kassabri M, Gadalla T, Daciuk J. Risk factors for involvement in cyber bullying: Victims, bullies and bully-victims. *Child Youth Serv Rev*. 2012;34(1):63–70.
 48. Moore SE, Norman RE, Suetani S, Thomas HJ, Sly PD, Scott JG. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *World J Psychiatry*. 2017;7(1):60.
 49. Sansone RA, Sansone LA. Bully victims: psychological and somatic aftermaths. *Psychiatry*. 2008;5(6):62–4.
 50. Zwierzyńska K, Wolke D, Lereya TS. Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: a prospective longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(2):309–23.
 51. Barchia K, Bussey K. The psychological impact of peer victimization: exploring social-cognitive mediators of depression. *J Adolesc*. 2010;33(5):615–23.
 52. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(4):419.
 53. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res*. 2010;14(3):206–21.
 54. Wolke D, Copeland WE, Angold A, Costello EJ. Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychol Sci*. 2013;24(10):1958–70.
 55. Tfofi MM, Farrington DP, Lösel F, Loeber R. The predictive efficiency of school bullying versus later offending: a systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. *Crim Behav Ment Heal*. 2011;21(2):80–9.
 56. Durand V, Hennessey J. Bullying and Substance Use in Children and Adolescents. *J Addict*. 2013;4(4).
 57. Kelly EV, Newton NC, Stapinski LA, Slade T, Barrett EL, Conrod PJ, et al. Concurrent and prospective associations between bullying victimization and substance use among Australian adolescents. *Drug Alcohol Depend*. 2015;154:63–8.
 58. Niemelä S, Brunstein-Klomek A, Sillanmäki L, Helenius H, Piha J, Kumpulainen K, et al. Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males. A nationwide prospective study. *Addict Behav*. 2011;36(3):256–60.
 59. Radliff KM, Wheaton JE, Robinson K, Morris J. Illuminating the relationship between bullying and substance use among middle and high school youth. *Addict Behav*. 2012;37(4):569–72.
 60. Rivers I, Poteat VP, Noret N, Ashurst N. Observing bullying at school: The mental health implications of witness status. *Sch Psychol Q*. 2009;24(4):211–23.
 61. Sánchez FC, Navarro-Zaragoza J, Ruiz-Cabello AL, Romero MF, Maldonado AL. [Association between bullying victimization and substance use among college students in Spain]. *Adicciones*. 2017;29(1):22–32.
 62. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Estatal Sobre Uso De Drogas En Enseñanzas Secundarias (Estudes) 2014/2015, España. 2016;29.
 63. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. España. Informe del país sobre drogas 2017. Minist Sanid Serv Soc e Igual. 2017;1–21.
 64. Hernández Serrano O, Font-Mayolas S, Gras Pérez ME. Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. Polydrug use and its relationship with the familiar and social context amongst young college students. *Adicciones*. 2015;27(3):205–13.
 65. Beato-Fernandez L, Rodriguez-Cano T, Belmonte-Llario A, Pelayo-Delgado E. Risk and protective factors for drug abuse in adolescents. A longitudinal research. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33(6):352–8.
 66. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes Españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Rev Psicopatol y Psicol Clin*. 2011;16(1):15–25.
 67. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Sastre I Riba S. Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: El cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del Psicol*. 2016;37(1):14–26.
 68. Ortuño-Sierra J, Aritio-Solana R, Fonseca-Pedrero E. Mental health difficulties in children and adolescents: The study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011–2012. *Psychiatry Res*. 2017;259:236–42.
 69. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Aritio-Solana R, Velasco AM, de Luis EC, Schumann G, et al. New evidence of factor structure and measurement invariance of the SDQ across five European nations. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(12):1523–34.
 70. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Paino M, Sastre i Riba S, Muñiz J. Screening mental health problems during adolescence: Psychometric properties of the Spanish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Adolesc*. 2015;38:49–56.
 71. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry*. 1974;124(0):460–9.
 72. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García M. Á, et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(2):76–85.
 73. Ortega R, Calmaestra J, Mora-Merchán J. Cuestionario cyberbullying. Junta Andalucía, Cons Innovación, Cienc y Empres y La Univ Córdoba; 2007.
 74. Ortega R, Rey R del, Mora-Merchán J. Violencia entre escolares conceptos y etiquetas verbales que definen el fenómeno del maltrato entre iguales. *Rev Instrumentaria Form del Profr*. 2001;4(1):95–113.
 75. Ortega R, Calmaestra J, Merchán M y J. Cyberbullying. *Int J*

- Psychol Psychol Ther. 2008;8(2):183–92.
76. Lucas Molina B, Pérez Albéniz A, Giménez Dasí M. La evaluación del cyberbullying: situación actual y retos futuros. *Papeles del Psicólogo*. 2016;37(1):27–35.
 77. WHO Assist Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. 2002.
 78. Soto-Brandt G, Portilla Huidobro R, Huepe Artigas D, Rivera-Rei A, Escobar MJ, Salas Guzman N, et al. Validity evidence of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Chile. *Adicciones*. 2014;26(4):291–302.
 79. Fonseca-Pedrero E, Paino-Piñero M, Lemos-Giráldez S, Villazón-García U, Muñiz J. Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief Form in adolescents. *Schizophr Res*. 2009; 111(1–3):53–60.
 80. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Sierra-Baigrie S, Ordóñez-Cambor N, Muñiz J. Early psychopathological features in Spanish adolescents. *Psicothem*. 2011;23(1):87–93.
 81. IBM Corp Released. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2013.
 82. Frías Á, Carrasco Á, Fernández MJ, García A, García B. Comorbilidad entre trastorno de conducta y depresión mayor en la adolescencia: Prevalencia, teorías explicativas y estatus nosológico. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica*. 2009;14(1):1–16.
 83. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Paino M, Aritio-Solana R. Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014; 7:121–30.
 84. Fonseca-Pedrero E, Debbané M. Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update. *Psicothema*. 2017;29(1):5–17.
 85. Goodman A, Goodman R. Population mean scores predict child mental disorder rates: Validating SDQ prevalence estimators in Britain. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2011;52(1):100–8.
 86. Polanczyk G V., 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 Allied Discip*. 2015;56(3):345–65.
 87. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin*. 2007;129(13):494–500.
 88. Picazo-Zappino J. Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(3):125–32.
 89. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395–405.
 90. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide - Definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: A consensus statement. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(8):1–21.
 91. Kirchner T, Ferrer L, Fornis M, Zanini D. Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(4):226–35.
 92. Oquendo MA, Currier D, Liu S-M, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):902–9.
 93. Pérez Gálvez. Prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol. In: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. España: Fundación Salud Mental España; 2015. p. 611–30.
 94. Rosselló J, Hernández MNB. Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños/as. *Interam J Psychol*. 2004;38(2):295–302.
 95. Sendino R, Álvarez E, Brime B, Llorens N, Ruiz A, Sánchez E. Informe 2016: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. *Obs Español la Drog y las Toxicom Minist Sanid y Serv Soc*. Madrid; 2016.
 96. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575–86.
 97. Karch DL, Logan J, McDaniel DD, Floyd CF, Vagi KJ. Precipitating circumstances of suicide among youth aged 10–17 years by sex: Data from the national violent death reporting system, 16 states, 2005–2008. *J Adolesc Health*. 2013;53(S1):S51–3.
 98. Kaltiala-Heino R, Fröjd S. Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolesc Health Med Ther*. 2011;2:37–44.
 99. Loinaz I, Echeburúa E, Irureta M. Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behav Psychol Psicol Conduct*. 2011;19(2):421–38.
 100. Garaigordobil M, Martínez-Valderrey V, Aliri J. Autoestima, empatía y conducta agresiva en adolescentes víctimas de bullying presencial. *Eur J Investig Heal Psychol Educ*. 2013;3(1):29–40.
 101. Ybarra ML, Mitchell KJ, Wolak J, Finkelhor D. Examining Characteristics and Associated Distress Related to Internet Harassment: Findings From the Second Youth Internet Safety Survey. *Pediatrics*. 2006;118(4):e1169–77.
 102. Orjuela López L, Cabrera de los Santos Finalé B, Calmaestra Villén J, Mora-Merchán JA, Ortega-Ruiz R. Acoso escolar y ciberacoso: propuestas para la acción. Madrid: Save Child; 2014.
 103. Banzer R, Haring C, Buchheim A, Oehler S, Carli V, Hoven CW, et al. Risk factors and comorbidities for occasional and daily smoking in European adolescents: results of the Seyle Project. *Eur Psychiatry*. 2015;30:515.
 104. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5(1):8–23.
 105. Huckins LM, Rees D, Sabia J, Kovandzic T, Nuttbrock L, Church J. Linking cannabis use to depression and suicidal thoughts and behaviours. *The Lancet Psychiatry*. 2017;104(9):2369–76.
 106. Baek JH, Eisner LR, Nierenberg AA. Smoking and suicidality in subjects with bipolar disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Depress Anxiety*. 2013;30(10):8–23.
 107. De Alwis D, Lynskey MT, Reiersen AM, Agrawal A. Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC. *Addict Behav*. 2014;39(8):1278–85.
 108. McGee TR, Hayatbakhsh MR, Bor W, Aird RL, Dean AJ, Najman JM. The impact of snares on the continuity of adolescent-onset antisocial behaviour: A test of Moffitt's developmental taxonomy. *Aust N Z J Criminol*. 2015;48(3):345–66.
 109. Mulligan RC, Reiersen AM, Todorov AA. Attention-deficit/hyperactivity disorder, autistic traits, and substance use among Missouri adolescents HHS public access. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*. 2014;2(2):86–92.
 110. Zammit S, Goedhart AW, Treffers PDA, Goodman R, Wittchen H-U, Boks MPM, et al. Self reported cannabis use as a risk

- factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*. 2002;325(7374):1199.
111. Arteni AA, Bruneau J, Roy É, Zang G, Lespérance F, Renaud J, et al. Licit and illicit substance use among people who inject drugs and the association with subsequent suicidal attempt. *Addiction*. 2015;110(10):1636–43.
112. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Ter Psicológica*. 2015;33(2):117–26.
113. Van Gastel WA, Tempelaar W, Bun C, Schubart CD, Kahn RS, Plevier C, et al. Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools. *Psychol Med*. 2013;43(9):1849–56.
114. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*. 2002;97(9):1123–35.
115. World Health Organization. Cannabis: a health perspective and research agenda. Report. 1998;1–50.
116. Fonseca-Pedrero E, Chan RCK, Debbané M, Cicero D, Zhang LC, Brenner C, et al. Comparisons of schizotypal traits across 12 countries: Results from the International Consortium for Schizotypy Research. *Schizophr Res*. 2018;199:128–134.
117. Fonseca-Pedrero E, Ortuño-Sierra J, Paino M, Muñiz J. Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de sustancias en universitarios. *Adicciones*. 2016;28(3):144–53.
118. Medina KL, Nagel BJ, Park A, McQueeney T, Tapert SF. Depressive symptoms in adolescents: associations with white matter volume and marijuana use. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(6):592–600.
119. Price C, Hemmingsson T, Lewis G, Zammit S, Allebeck P. Cannabis and suicide: longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2009;195(6):492–7.
120. Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*. 2017;16:5–13.
121. Fonseca-Pedrero E. Análisis de redes: ¿una nueva forma de comprender la psicopatología? *Rev Psiquiatr y Salud Ment*. 2017;10(4):206–15.

3.3. Artículo 3

Referencia: Sánchez-García, M. de los Á., Ortuño-Sierra, J., Paino, M., y Fonseca-Pedrero, E. (2020). Relación entre consumo de sustancias y rasgos esquizotípicos en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 0. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1216>

Factor de impacto: 3,167, Q1 en Abuso de sustancias, (JCR 2018)

Objetivo: analizar la posible relación entre el consumo de sustancias psicoactivas (en concreto, tabaco, alcohol y cannabis) y los rasgos esquizotípicos en una muestra representativa de adolescentes escolarizados de la población general. **Método:** diseño transversal descriptivo tipo encuesta. La muestra se compuso por 1.588 estudiantes ($M = 16,13$ años; $DT = 1,36$; 739 varones, 46,5%), seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por conglomerados. Los instrumentos administrados fueron el Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia, el Cuestionario de Consumo de Sustancias Modificado, el Cuestionario de Capacidades y Dificultades, el *Penn Matrix Reasoning Test*, la *Family Affluence Scale-II* y la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta. **Resultados:** una vez controlado el efecto de múltiples covariables (género, edad, cociente intelectual, nivel socio-económico, psicopatología previa y consumo de sustancias), los consumidores de alcohol comparados con los no consumidores, informaron de mayores puntuaciones medias en la dimensión Desorganización Social. Los consumidores de tabaco comparados con los no consumidores, informaron de mayores puntuaciones medias en las dimensiones de esquizotipia de Anhedonia y Desorganización Social. Con respecto al consumo de cannabis, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre consumidores y no consumidores en las dimensiones esquizotípicas. **Conclusiones:** controlando el efecto de múltiples variables de confundido, los adolescentes consumidores de tabaco y alcohol –según su frecuencia– informaron de mayores puntuaciones en rasgos esquizotípicos. Futuros estudios podrían continuar analizando el papel del consumo de sustancias en la aparición de trastornos mentales, como la psicosis, mediante nuevas metodologías como la evaluación ambulatoria.

Palabras clave: Adolescencia; Consumo sustancias; Drogas; Esquizotipia; Rasgos esquizotípicos.

Relación entre consumo de sustancias y rasgos esquizotípicos en adolescentes escolarizados

Relationship between substance use and schizotypal traits in school-aged adolescents

M^a DE LOS ÁNGELES SÁNCHEZ-GARCÍA*, JAVIER ORTUÑO-SIERRA*, MERCEDES PAINO**, EDUARDO FONSECA-PEDRERO*,***.

* Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, Logroño, España.

** Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, España.

*** Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Oviedo, España.

Resumen

Objetivo: analizar la posible relación entre el consumo de sustancias psicoactivas (en concreto, tabaco, alcohol y cannabis) y los rasgos esquizotípicos en una muestra representativa de adolescentes escolarizados de la población general. **Método:** diseño transversal descriptivo tipo encuesta. La muestra se compuso por 1.588 estudiantes ($M = 16,13$ años; $DT = 1,36$; 739 varones, 46,5%), seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por conglomerados. Los instrumentos administrados fueron el Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia, el Cuestionario de Consumo de Sustancias Modificado, el Cuestionario de Capacidades y Dificultades, el *Penn Matrix Reasoning Test*, la *Family Affluence Scale-II* y la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta. **Resultados:** una vez controlado el efecto de múltiples covariables (género, edad, cociente intelectual, nivel socio-económico, psicopatología previa y consumo de sustancias), los consumidores de alcohol comparados con los no consumidores, informaron de mayores puntuaciones medias en la dimensión Desorganización Social. Los consumidores de tabaco comparados con los no consumidores, informaron de mayores puntuaciones medias en las dimensiones de esquizotipia de Anhedonia y Desorganización Social. Con respecto al consumo de cannabis, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre consumidores y no consumidores en las dimensiones esquizotípicas. **Conclusiones:** controlando el efecto de múltiples variables de confundido, los adolescentes consumidores de tabaco y alcohol –según su frecuencia– informaron de mayores puntuaciones en rasgos esquizotípicos. Futuros estudios podrían continuar analizando el papel del consumo de sustancias en la aparición de trastornos mentales, como la psicosis, mediante nuevas metodologías como la evaluación ambulatoria.

Palabras clave: Adolescencia; Consumo sustancias; Drogas; Esquizotipia; Rasgos esquizotípicos.

Abstract

Goal: The main goal of the present study was to analyze the relationship between substance use (tobacco, alcohol, cannabis) and schizotypal traits in a representative sample of school-aged adolescents from the general population. **Method:** cross-sectional, descriptive survey 1,588 students ($M = 16.13$ years, $SD = 1.36$), 739 male (46.5%), selected by random stratified cluster sampling, participated in the study. The instruments administered were the Oviedo Questionnaire for Schizotypy Assessment, the Modified Substance Use Questionnaire, the Strengths and Difficulties Questionnaire, the Penn Matrix Reasoning Test, the Family Affluence Scale-II, and the Oviedo Infrequency Scale. **Results:** Controlling for the effects of multiple covariates (gender, age, IQ, socio-economic level, psychopathology and consumption), the results showed that compared with non-users, alcohol drinkers reported higher average scores in the Social Disorganization dimension. Cigarette smokers, differentiated by frequency, reported higher average scores in the Anhedonia and Social Disorganization dimensions than non-smokers. No statistically significant differences between users and non-users of cannabis were found in terms of schizotypal traits. **Conclusion:** controlling for the effects of multiple covariates, adolescents who use tobacco and alcohol reported higher scores – depending on frequency of use – in schizotypal traits. Future studies should continue to analyze the role of substance use in individuals at risk of psychosis and determine its role in the transition to serious mental disorders using new methodologies such as ambulatory assessment.

Keywords: Adolescence; Substance consumption; Drugs; Schizotypy; Schizotypal traits.

Recibido: Julio 2018; Aceptado: Julio 2019.

Enviar correspondencia a: Eduardo Fonseca-Pedrero.

Universidad de La Rioja. Dpto. Ciencias de la Educación. C/ Luis de Ulloa, 2. 26004 Logroño-España. Tlf: +34 941 299 236. Fax +34 941 299 333.

E-mail: eduardo.fonseca@unirioja.es

La esquizotipia se define como la predisposición latente a los trastornos del espectro esquizofrénico (Meehl, 1962). Los modelos etiológicos más actuales consideran que dicha vulnerabilidad a la psicosis se expresa a través de un continuo de gravedad, que oscila desde la expresión no clínica (rasgos esquizotípicos, experiencias psicóticas atenuadas), pasando por el nivel subumbral (síntomas psicóticos atenuados) hasta llegar al nivel clínico de psicosis y necesidad de tratamiento (Barrantes-Vidal, Grant y Kwapil, 2015; Fonseca-Pedrero, 2018; Fonseca-Pedrero y Debbané, 2017; Fumero, Marrero y Fonseca-Pedrero, 2018). Las experiencias psicóticas y los rasgos esquizotípicos se encuentran distribuidos normalmente en la población general, sin estar necesariamente asociados a malestar, tratamiento y/o discapacidad (Linscott y Van Os, 2013; Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delspaul y Krabbendam, 2009). Por ejemplo, las tasas de prevalencia de experiencias psicóticas atenuadas es del 17% en niños de 9 a 12 años, y del 7,5% entre adolescentes de 13 a 18 años (Kelleher, Connor y Clarke, 2012). Además, tanto las experiencias psicóticas como los rasgos esquizotípicos son considerados como marcadores de vulnerabilidad para los trastornos del espectro psicótico en general, y para la esquizofrenia en particular (Debbané et al., 2015). Por lo tanto, su análisis puede permitir comprender los posibles mecanismos etiológicos involucrados en la transición a un cuadro psicótico, de cara al establecimiento de tratamientos preventivos (Fonseca-Pedrero e Inchausti, 2018).

Desde el modelo de propensión-persistencia-discapacidad de la psicosis (Van Os et al., 2009) los rasgos esquizotípicos o las experiencias psicóticas pueden reflejar una vulnerabilidad conductual subyacente que aumenta el riesgo de trastorno psicótico (Ericson, Tuvblad, Raine, Young-Wolff y Baker, 2011; Morton et al., 2017; Shakoor et al., 2016) y que puede estar influenciada por factores como, por ejemplo, el trauma infantil (Abajobir et al., 2017; Arseneault et al., 2011), las autolesiones y comportamientos suicidas, estados afectivos negativos (Fonseca-Pedrero y Debbané, 2017; Najolia, Buckner y Cohen, 2012) y/o por el consumo de sustancias (Hides et al., 2009; Malone, Hill y Rubino, 2010; Saha et al., 2011; Schubart et al., 2011). En este sentido, los factores genéticos podrían determinar la sensibilidad específica de cada individuo a diferentes factores de riesgo ambiental (p. ej., complicaciones obstétricas, consumo de cannabis, experiencias de trauma) y/o psicológico (p. ej., esquemas cognitivos disfuncionales, hiper-reflexibilidad), de manera que los individuos más vulnerables tendrían más riesgo de desarrollar psicosis o algunos de sus síntomas cuando se exponen a uno o varios factores de riesgo. Del mismo modo, múltiples impactos ambientales en diferentes momentos temporales podrían conducir a que las experiencias psicóticas atenuadas y los rasgos esquizotípicos en personas vulnerables se vuelvan persistentes, sobrepasando el umbral clínico y generando

una mayor probabilidad de discapacidad y necesidad de tratamiento (Fonseca-Pedrero, 2018; Linscott y Van Os, 2013).

En las últimas décadas se han incrementado considerablemente las investigaciones que examinan la relación entre el consumo de drogas y problemas de salud mental (Casajuana Kögel, López-Pelayo, Balcells-Olivero, Colom y Gual, 2018; Cohn, Johnson, Ehlke y Villanti, 2016; Gonzalvo, Barral y Roncero, 2011; Rial et al., 2018). Uno de los grupos de trastornos mentales que mayor atención ha conitado ha sido el del espectro de psicosis. En este sentido, diferentes estudios de meta-análisis o de revisión constatan la relación entre el consumo de cannabis y el fenotipo psicótico clínico y subclínico (Fonseca-Pedrero, Lucas-Molina, Pérez-Albéniz, Inchausti y Ortuño-Sierra, 2019; Kraan et al., 2016; Large, Sharma, Compton, Slade y Nielsen, 2011; Marconi, Di Forti, Lewis Murray y Vassos, 2016; Moore et al., 2007; Szoke et al., 2014). Por ejemplo, Marconi et al. (2016), encontraron que los altos niveles de consumo de cannabis aumentan el riesgo de psicosis, confirmando una relación dosis-respuesta entre el nivel de uso y el riesgo de psicosis. En otro estudio, Saha et al. (2011) encontraron que los consumidores de cannabis con una edad temprana (16 años o menos) tenían aproximadamente diez veces más posibilidades de mostrar experiencias delirantes que los no consumidores.

Trabajos previos han analizado la relación entre el consumo de cannabis y los rasgos esquizotípicos, sugiriendo que un mayor consumo de cannabis se asocia con puntuaciones mayores en la dimensión Positiva (Distorsión de la Realidad) (Cohen, Buckner, Najolia y Stewart, 2011; Hides et al., 2009; Schubart et al., 2011), si bien es cierto que hay estudios que no han encontrado una asociación estadísticamente significativa (Barkus, 2008; Van Gastel et al., 2012). Además, para la dimensión Negativa, los resultados no son convincentes: algunos estudios encuentran una asociación entre mayor consumo con puntuaciones más altas en anhedonia (Cohen et al., 2011; Schubart et al., 2011; Verdoux y Van Os, 2002), mientras que otros estudios no reflejan tal asociación (Hides et al., 2009; Najolia et al., 2012; Schubart et al., 2011). Por ejemplo, Najolia et al. (2012), en su estudio con adultos jóvenes no clínicos, desvelaron que el consumo de cannabis estaba asociado con tasas más altas de rasgos esquizotípicos positivos y desorganizados, pero no con los rasgos esquizotípicos negativos.

Por otra parte, el policonsumo es lo más habitual entre los consumidores de drogas, con unos efectos adversos que repercuten en factores cognitivos, afectivos y comportamentales de manera que aumenta el riesgo de problemas de salud mental (Moreno, 2018). El alcohol y el tabaco se consideran la "puerta de entrada" a otras drogas ilegales (Vázquez y Becoña, 2000). La literatura también señala que los jóvenes que realizan un consumo intensivo de alcohol tienen mayor probabilidad de verse implicados en con-

ductas de riesgo tales como violencia, actividad sexual no planificada, absentismo escolar, conducción imprudente (Maturana, 2011); de suicidio (Pérez Gálvez, 2015); y *binge drinking* (Sendino et al., 2016). Así, diversos estudios encontraron que los adolescentes que eran más vulnerables al alcohol, nicotina y cannabis podían tener mayor riesgo clínico (Auther et al., 2012; Buchy, Perkins, Woods, Liu y Addington, 2014; Fonseca-Pedrero, Ortuño-Sierra, Paino y Muñiz, 2016; Fumero, Santamaría y Navarrete, 2009). Por ejemplo, en una muestra de estudiantes se constató que las puntuaciones de esquizotipia correlacionaban positivamente con el consumo de alcohol y cannabis (García Montes, Zaldívar Basurto, Moreno Montoya y Flores Cubos, 2013). Analizando los rasgos esquizotípicos y el tabaquismo, se encontró que individuos con esquizotipia tenían el doble de probabilidades de fumar y los fumadores reportaron síntomas más graves de desorganización y síntomas esquizotípicos negativos menos graves (Stewart, Cohen y Copeland, 2010).

Además, como demuestra la *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España* (ESTUDES 2016-17) en el año anterior, el 75,6% de estos escolares había consumido alcohol, un 34,7% había fumado tabaco y el 26,3% había consumido cannabis. En dicha encuesta, un dato significativo fue que la edad media de inicio de consumo de estas sustancias se retrasa a los 14 años. Datos recientes indican que el porcentaje de consumidores problemáticos de cannabis es del 13,3% (Moreno, 2018). De por sí, la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y cannabis entre los jóvenes es elevada y se asocia con morbi-mortalidad y múltiples costes personales y socio-sanitarios.

El consumo de sustancias es un factor de riesgo y/o un marcador de vulnerabilidad que puede precipitar el desarrollo de experiencias psicóticas clínicas y subclínicas (Hall y Degenhardt, 2008). Dada la compleja relación que se establece entre el riesgo de psicosis y el consumo de sustancias en los jóvenes y el impacto negativo que pueden generar en este periodo del desarrollo humano, es necesario realizar nuevos estudios que permitan comprender su asociación, con la finalidad de implementar medidas de promoción del bienestar emocional y prevención de trastornos mentales.

Hasta el momento, se han realizado escasos estudios que traten de analizar la relación entre el consumo de sustancias y el riesgo de psicosis (estimado mediante el constructo de esquizotipia) en muestras representativas de la población adolescente a nivel internacional, y más concretamente en España. Además, pocos trabajos previos han analizado dicha relación controlando el efecto de múltiples variables de confundido (p.ej., CI, nivel socio-económico) con instrumentos de evaluación específicamente diseñados para este sector de la población.

Dentro de este contexto de investigación, el objetivo principal de este trabajo fue explorar la relación entre el consumo de sustancias, concretamente alcohol, tabaco y

cannabis, y los rasgos esquizotípicos en una muestra de adolescentes escolarizados españoles, controlando el efecto de múltiples variables de confundido. Se espera encontrar, de acuerdo a la literatura previa, que aquellos adolescentes que informen de mayor consumo de sustancias refieran mayores puntuaciones en los rasgos esquizotípicos de la personalidad.

Método

Participantes

Se planteó un diseño transversal descriptivo, tipo encuesta. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, por conglomerados, a nivel de aula de centro escolar, en una población aproximada de quince mil estudiantes seleccionados de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Los alumnos pertenecían a diferentes centros escolares (públicos y privado-concertados) y Ciclos de Formación Profesional (básica, media y superior). Los estratos se crearon en función del centro escolar (público/privado) y la etapa escolar (ESO, Bachiller y Formación Profesional), en donde la probabilidad de extracción del aula del centro escolar venía dada en función del número de alumnos.

La muestra inicial estuvo formada por 1.881 estudiantes escolarizados, eliminando aquellos participantes que presentaron un puntaje alto en la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (3 o más puntos) ($n = 104$), una edad mayor de 19 ($n = 113$) o no completaron la prueba ($n = 76$). Un total de 1.588 estudiantes, 739 hombres (46,5%) y 849 mujeres (53,5%), pertenecientes a 34 escuelas y 98 aulas participaron en el estudio. La edad promedio fue de 16,13 años (DT = 1,36), oscilando desde los 14 a los 19 años (14 años, $n = 213$; 15 años, $n = 337$; 16 años, $n = 400$; 17 años, $n = 382$, 18 años, $n = 180$; 19 años, $n = 76$).

La distribución de la nacionalidad de los participantes fue la siguiente: 89,9% española, 3,7% latinoamericana (Bolivia, Argentina, Colombia y Ecuador), 0,7% portuguesa, 2,4% rumana, 1% marroquí, 0,7% pakistaní y 2% otras nacionalidades.

Instrumentos

Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia-revisado (ESQUIZO-Q) (Fonseca-Pedrero, Lemos, Muñiz, Paino y Villazón, 2010). Es un autoinforme compuesto por 62 ítems desarrollado para la evaluación de los rasgos esquizotípicos en población adolescente, que también puede ser utilizado con fines epidemiológicos. Los ítems del ESQUIZO-Q fueron seleccionados a partir de una revisión exhaustiva de la literatura de la personalidad esquizotípica. El formato de respuesta es tipo *Likert* de cinco categorías (1 “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”). El autoinforme se compone de un total de 10 subescalas derivadas empíricamente mediante análisis fac-

torial exploratorio que, a su vez, se agrupan en tres dimensiones generales: Distorsión de la Realidad o Positiva (que incluye las subescalas de Ideación Referencial, Pensamiento Mágico, Experiencias Perceptivas Extrañas e Ideación Paranoide); Anhedonia (Anhedonia Física y Anhedonia Social); y Desorganización Social (Pensamiento y Lenguaje Extraños, Comportamiento Extraño, Ausencia de Amigos Íntimos y Ansiedad Social Excesiva).

Las propiedades psicométricas del ESQUIZO-Q han sido ampliamente analizadas en estudios previos (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Sierra-Baigrie, Santarén-Rosell y Muñiz, 2011; Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2011).

Cuestionario de Consumo de Sustancias Modificado (Fonseca-Pedrero et al., 2019). El cuestionario de consumo de sustancias utilizado en la presente investigación es una modificación abreviada del *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*, de la Organización Mundial de la Salud (ASSIST v3.0) (WHO Assist Working Group, 2002). La ASSIST es una entrevista que se emplea como herramienta de cribado en la detección de consumidores de drogas. La ASSIST consta de diferentes ítems que evalúan, entre otros aspectos, la frecuencia de consumo de diferentes sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, etc.) en los tres meses anteriores a la realización del cuestionario.

En este estudio se utilizaron dos de las cuestiones de la ASSIST que se aplicaron en formato autoinforme. El ítem 1 preguntaba: “A lo largo de tu vida, ¿cuál de las siguientes sustancias has consumido alguna vez?” Los participantes debían responder en un formato de respuesta dicotómico Sí/No para las siguientes sustancias: a) Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.); b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.); c) Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.); y d) Otras (p.ej., cocaína, anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos, etc.). Por su parte, el ítem 2 preguntaba, en el caso de contestar afirmativamente a algunas de las sustancias del ítem 1, sobre la frecuencia de consumo en los últimos tres meses (0= “Nunca”; 1= “Una o dos veces”; 2= “Cada mes”; 3= “Cada semana”; 4= “A diario o casi a diario”).

La ASSIST se encuentra traducida y validada al español (Soto-Brandt et al., 2014) y la versión modificada de la misma ha sido utilizada en adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero et al., 2019).

Cuestionario de Capacidades y Dificultades-Autoinforme (*Strengths and Difficulties Questionnaire-self-report version*, SDQ) (Goodman, 1997). El SDQ es un instrumento de medida utilizado para la detección de dificultades conductuales y emocionales, así como para la valoración de capacidades en el ámbito prosocial (Fonseca-Pedrero et al., 2011). Ha sido utilizado también como herramienta de cribado y análisis epidemiológico del estado de salud mental en población infanto-juvenil (Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Inchausti y Sastre i Riba, 2016).

El SDQ se compone de 25 ítems, en formato de respuesta *Likert* con tres opciones (0= “No, nunca”; 1= “A veces”; 2= “Sí, siempre”). Los ítems se agrupan en cinco dimensiones (con cinco ítems cada una): Síntomas Emocionales, Problemas de Conducta, Dificultades de Hiperactividad, Problemas con Compañeros y Conducta Prosocial. Las primeras cuatro subescalas forman una puntuación Total de Dificultades. A mayor puntuación, mayor nivel de dificultades emocionales y comportamentales, excepto para la subescala de Conducta Prosocial, donde una menor puntuación es indicativa de un peor ajuste.

Las propiedades psicométricas del SDQ han sido analizadas en estudios previos nacionales (Ortuño-Sierra et al., 2016; Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Paino, Sastre i Riba y Muñiz, 2015).

Test Matrices de Razonamiento de Penn (*Penn Matrix Reasoning Test*, PMRT) (Gur et al., 2012; Moore, Reise, Gur, Hakonarson y Gur, 2015). Esta es una tarea de la Batería Neurocognitiva Informatizada-Infantil de Pensilvania desarrollada para medir el razonamiento no verbal (usando problemas de razonamiento matricial como se usa en la Prueba de Matrices Progresivas de Raven). Esta tarea compuesta por 20 elementos se puede considerar como una estimación indirecta del cociente intelectual. Esta prueba ha sido utilizada en estudios previos con adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero et al., 2019).

Family Affluence Scale-II (FAS-II) (Boyce, Torsheim, Currie y Zambon, 2006). La FAS-II permite una estimación indirecta del nivel socioeconómico mediante cuatro ítems con un sistema de respuesta tipo *Likert*. Ha mostrado su utilidad en población adolescente. Estudios internacionales previos han demostrado sus propiedades psicométricas adecuadas (Boyce, Torsheim, Currie y Zambon, 2006). La FAS-II, en su versión española, ha sido utilizada en estudios previos (Fonseca-Pedrero et al., 2019).

Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV) (Fonseca-Pedrero, Paino-Piñero, Lemos-Giráldez, Villazón-García y Muñiz, 2009). La INF-OV se ha desarrollado para detectar a aquellos participantes que han respondido de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonestamente a los instrumentos de medida administrados. La INF-OV es un instrumento de medida tipo autoinforme compuesto por 12 ítems en formato tipo *Likert* de cinco categorías en función del grado de adherencia (desde 1= “Completamente en desacuerdo” hasta 5= “Completamente de acuerdo”). Una vez dicotomizados los ítems, los alumnos que puntúan más de dos ítems de la INF-OV de forma incorrecta son eliminados del estudio. La INF-OV ha sido utilizada en trabajos previos (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, Sierra-Baigrie, et al., 2011; Fonseca-Pedrero et al., 2009).

Procedimiento

La investigación fue aprobada por la Dirección General de Educación del Gobierno de La Rioja y el Comité

Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR). El contacto con los centros escolares se realizó por teléfono, *e-mail* o por correo postal. El primer contacto con el centro escolar se efectuaba con el director, el Jefe de Estudios, o con el Departamento de Orientación.

Con la finalidad de estandarizar el proceso de administración, se entregó a todos los investigadores un protocolo y unas normas que debían llevar a cabo antes, durante y después de la administración de los instrumentos de medida. La administración de los cuestionarios se realizó por ordenador y de forma colectiva en grupos de entre 10 y 30 participantes.

Se informó en todo momento de la confidencialidad de las respuestas, así como del carácter voluntario de la participación y no se dio gratificación alguna por la colaboración en el estudio. Dado que muchos de los participantes eran menores de edad, se solicitó un consentimiento paterno que autorizase la participación del adolescente en la investigación. Este estudio se enmarca dentro de un proyecto más amplio sobre la detección temprana de problemas de salud mental.

Análisis de datos

Con la finalidad de investigar los objetivos propuestos, se llevaron a cabo los siguientes análisis de datos.

En primer lugar, se analizó el porcentaje de participantes que informaban de consumo de sustancias, concretamente tabaco, alcohol y cannabis.

En segundo lugar, para examinar la relación entre el consumo de sustancias y las tres dimensiones de rasgos esquizotípicos (Positiva, Anhedonia y Desorganización Social) se llevaron a cabo diferentes Análisis Multivariados de la Covarianza (MANCOVA). Las dimensiones de esquizotipia fueron consideradas variables dependientes y el consumo de sustancias, (tabaco, alcohol y cannabis) factor

fijo. Dentro de cada MANCOVA primero se analizó el efecto a nivel de prevalencia vital (haber consumido alguna vez en su vida) y luego a nivel de frecuencia. El género, la edad, el nivel socio-económico, el CI y/o los problemas emocionales y comportamentales fueron considerados covariables, dado que pueden afectar a la expresión de la relación entre los rasgos esquizotípicos y el consumo de sustancias. También, se consideró el consumo de sustancias como covariable, dependiendo del tipo de sustancia a estudiar. De este modo, al analizar el efecto del cannabis en las dimensiones de esquizotipia, se controló el efecto de consumo de alcohol y tabaco. Al analizar el efecto del tabaco en las dimensiones de esquizotipia, se controló el efecto de consumo de alcohol y cannabis. Al analizar el efecto del alcohol en las dimensiones de esquizotipia, se controló el efecto de consumo de cannabis y tabaco. El estadístico eta cuadrado parcial (η^2 parcial) se utilizó para el cálculo del tamaño del efecto.

Los análisis de datos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS v22 (IBM Corp Released, 2013).

Resultados

Prevalencia de consumo de sustancias

La prevalencia vital de consumo de sustancias (haber consumido alguna vez en su vida) fue del 40,6% para el tabaco, del 79,4% para el alcohol y del 23,6% para el cannabis. El 15,7% de la muestra refirió beber alcohol cada semana. Además, el 2,9% de los participantes presentó una frecuencia de consumo de cannabis mensual, mientras que un 2% presentó un patrón de consumo semanal. En la Tabla 1 se presentan las tasas de prevalencia de consumo de sustancias; se aportan además los datos de frecuencia de consumo de las 3 sustancias en los últimos 3 meses.

Tabla 1. Prevalencia y frecuencia de consumo de sustancias en la muestra total.

		Alcohol		Tabaco		Cannabis	
		n	%	n	%	n	%
Prevalencia	No	327	20,6	947	59,6	1211	76,3
	Sí	1261	79,4	641	40,4	377	23,7
Frecuencia	Nunca (0)	208	13,1	783	49,3	1047	65,9
	Una o dos veces (1)	494	31,1	312	19,6	239	15,1
	Cada mes (2)	478	30,1	77	4,8	46	2,9
	Cada semana (3)	250	15,7	61	3,8	29	1,8
	A diario o casi a diario (4)	14	0,9	163	10,3	29	1,8
	Total	1444	90,9	1396	87,9	1390	87,5
	No respuesta	144	9,1	192	12,1	198	12,5

Nota. Prevalencia: el participante indica si ha consumido o no la sustancias alguna vez en su vida.

Relación entre consumo de alcohol y rasgos esquizotípicos

En primer lugar, se analizó la relación entre la prevalencia vital de consumo de alcohol y las puntuaciones del ESQUIZO-Q y, a continuación, entre frecuencia de consumo y las puntuaciones del ESQUIZO-Q. Se controló el efecto del género, la edad, el CI, el nivel socio-económico, la psicopatología y el consumo de cannabis y tabaco.

En función de la prevalencia vital de consumo de alcohol, el MANCOVA no reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\lambda = 0,998$; $F_{(3,1577)} = 1,110$, $p = 0,334$). Los consumidores de alcohol, comparados con los no consumidores, no informaron de mayores puntuaciones medias en ninguna de las dimensiones del ESQUI-

ZO-Q. Las puntuaciones medias para los dos grupos se recogen en la Tabla 2.

En función de la frecuencia de uso de alcohol (en los últimos 3 meses), el MANCOVA reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\lambda = 0,985$; $F_{(12,3783)} = 1,842$, $p = 0,037$). Aquellos que refirieron una mayor frecuencia de consumo de alcohol, comparados con los no consumidores, informaron de mayores puntuaciones medias en la dimensión Desorganización Social. Concretamente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 1 (“una o dos veces”) y 3 (“cada semana”). Las puntuaciones medias para los grupos se recogen en la Tabla 3.

Tabla 2. Relación entre consumo de alcohol (prevalencia vital) y rasgos esquizotípicos

Dimensión	No consumo		Consumo		F	p	η^2 parcial
	M	DT	M	DT			
Positiva	33,51	11,69	34,65	11,91	0,4	0,527	0
Negativa	34,52	7,33	33,44	6,54	1,99	0,159	0,001
Desorganización	57,47	15,81	58,85	15,23	0,554	0,457	0

Tabla 3. Relación entre consumo de alcohol (frecuencia) y rasgos esquizotípicos

Dimensión	0		1		2		3		4		F	p	η^2 parcial
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
Positiva	33,80	11,19	34,50	11,90	34,50	11,28	35,06	12,19	40,50	24,42	0,718	0,579	0,002
Negativa	34,02	7,26	33,59	6,75	32,92	6,24	33,90	6,54	34,29	7,34	0,494	0,74	0,001
Desorganización	57,38	15,73	59,92	15,31	58,26	14,71	57,87	14,87	57,50	26,39	2,676	0,031	0,007

Nota. Nunca = 0; Una o dos veces = 1; Cada mes = 2; Cada semana = 3; A diario o casi a diario = 4

Relación entre consumo de tabaco y rasgos esquizotípicos

El MANCOVA que se utilizó para analizar la relación entre el consumo o no de tabaco (prevalencia vital) y las puntuaciones del ESQUIZO-Q, controlando el efecto del género, la edad, el CI, el nivel socio-económico, la psicopatología y el consumo de cannabis y alcohol, reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\lambda = 0,991$; $F_{(3,1577)} = 4,995$, $p = 0,002$), concretamente en las dimensiones Anhedonia y Desorganización Social. Los consumidores de tabaco, comparados con los no consumidores, informaron de mayores puntuaciones medias en estas dos dimensiones del ESQUIZO-Q. Las puntuaciones medias para los dos grupos se presentan en la Tabla 4.

A continuación, se realizó un nuevo MANCOVA considerando la variable frecuencia de uso de tabaco como fac-

tor fijo, las dimensiones del ESQUIZO-Q como variables dependientes, y controlando el efecto de las mismas covariables. En este caso, el MANCOVA reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\lambda = 0,973$; $F_{(12,3656)} = 3,143$, $p < 0,001$). Los consumidores de tabaco diferenciados en función de su frecuencia, comparados con los no consumidores, informaron de mayores puntuaciones medias en las dimensiones Anhedonia y Desorganización Social del ESQUIZO-Q. Concretamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 0 y 1 en Anhedonia, y entre los grupos 0-1, 0-4 y 2-4 (siendo Nunca = 0; Una o dos veces = 1; Cada mes = 2; Cada semana = 3; A diario o casi a diario = 4) en el factor esquizotípico de Desorganización. Las puntuaciones medias para los grupos de frecuencia de uso de tabaco, se recogen en la Tabla 5.

Tabla 4. Relación entre consumo de tabaco (prevalencia vital) y rasgos esquizotípicos

Dimensión	No consumo		Consumo		F	p	η ² parcial
	M	DT	M	DT			
Positiva	33,81	11,54	35,31	12,30	1,132	0,287	0,001
Negativa	33,95	6,87	33,24	6,47	5,707	0,017	0,004
Desorganización	58,14	15,26	59,20	15,49	11,93	0,001	0,007

Tabla 5. Relación entre consumo de tabaco (frecuencia) y rasgos esquizotípicos

Dimensión	0		1		2		3		4		F	p	η ² parcial
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
Positiva	34,14	11,68	34,40	11,46	36,32	12,14	36,84	11,02	35,61	13,49	1,638	0,162	0,005
Negativa	33,74	6,78	32,66	6,33	32,16	6,12	33,77	6,95	34,24	6,53	2,888	0,021	0,008
Desorganización	58,31	15,14	58,63	14,52	60,06	13,78	60,97	16,76	58,86	16,87	6,444	<0,001	0,018

Nota. Nunca = 0; Una o dos veces = 1; Cada mes = 2; Cada semana = 3; A diario o casi a diario = 4

Relación entre consumo de cannabis y rasgos esquizotípicos

El MANCOVA sobre la relación entre prevalencia vital de consumo de cannabis y las dimensiones de esquizotipia, controlando el efecto de las covariables género, edad, CI, nivel socio-económico, psicopatología y consumo de alcohol y tabaco, no reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\lambda = 0,998$; $F_{(3,1577)} = 1,146$, $p = 0,329$). Los consumidores de cannabis, comparados con los no consumidores, no informaron de mayores puntuaciones medias en ninguna de las dimensiones del ESQUIZO-Q. Los resultados se presentan en la Tabla 6.

En función de la frecuencia de consumo, el MANCOVA realizado, considerando la variable frecuencia de uso de cannabis como factor fijo, las puntuaciones del ESQUIZO-Q como variables dependientes, y controlando el efecto de las mismas covariables, tampoco reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($\lambda = 0,991$; $F_{(12,3640)} = 1,014$, $p = 0,433$). Las puntuaciones medias para los distintos grupos de frecuencia de consumo de cannabis se muestran en la Tabla 7.

Tabla 6. Relación entre consumo de cannabis (prevalencia vital) y rasgos esquizotípicos

Dimensión	No consumo		Consumo		F	p	η ² parcial
	M	DT	M	DT			
Positiva	33,79	11,43	36,43	13,01	1,743	0,187	0,001
Negativa	33,57	6,73	33,95	6,70	1,377	0,241	0,001
Desorganización	58,03	15,16	60,29	15,88	0,042	0,838	0

Tabla 7. Relación entre consumo de cannabis (frecuencia) y rasgos esquizotípicos

Dimensión	0		1		2		3		4		F	p	η ² parcial
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
Positiva	33,99	11,41	36,04	12,77	37,22	11,50	35,31	12,04	38,55	17,82	0,788	0,533	0,002
Negativa	33,31	6,66	33,31	6,38	35,09	8,28	35,31	5,50	35,14	6,96	0,43	0,787	0,001
Desorganización	58,07	14,96	59,67	15,50	62,70	15,54	59,86	16,36	59,76	20,12	1,266	0,0281	0,004

Nota. Nunca = 0; Una o dos veces = 1; Cada mes = 2; Cada semana = 3; A diario o casi a diario = 4

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y cannabis) y el riesgo de psicosis, estimado mediante rasgos esquizotípicos, en una muestra representativa de adolescentes españoles escolarizados.

En primer lugar, se analizaron las tasas de prevalencia vital de consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Los resultados encontrados muestran una prevalencia vital para el tabaco del 40,4%, del 79,4% para el alcohol y del 23,7% para el cannabis. Estos resultados son similares a los obtenidos en la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España ESTUDES 16-17 (34,7% para el tabaco, 76,9% alcohol y 31,1% cannabis). De la muestra, un 10,3% de los adolescentes informaron que fumaban tabaco a diario o casi a diario; según el Observatorio de Drogas en España, los jóvenes que manifestaron un consumo diario de tabaco representan un 8,8% (Moreno, 2018). El 30,1% consumía alcohol cada mes; dato similar a los estudiantes de secundaria (ESTUDES 16-17) donde 3 de cada 4 jóvenes admiten haber bebido alcohol en los últimos 30 días. Por último, un 2,9% informó que fumaba cannabis mensualmente, cifra que contrasta con los estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14 a 18 años de (ESTUDES 16-17) que confirman un consumo de cannabis de un 18,3% en los últimos 30 días. Datos de un reciente estudio revelan que, a día de hoy, es ya mayor el porcentaje de adolescentes que consumen tabaco y cannabis que únicamente tabaco (12,7% vs 10,5%) y que ello no sólo implica una mayor probabilidad de consumir otras sustancias ilegales, sino también de desarrollar un patrón consumo de alcohol de riesgo (Rial et al., 2018). Según diversos estudios, los jóvenes no son conscientes de las conductas de riesgo que conlleva el consumo de drogas; por la baja percepción de riesgo, consideran como inofensivo el consumo esporádico, lo cual les hace más vulnerables (Barrett y Bradley, 2016; López-Quintero y Neumark, 2010; Rowe, Santos, Behar y Coffin, 2016).

En segundo lugar, se analizaron las dimensiones de esquizotipia (Positiva, Anhedonia y Desorganización) en función del consumo -a nivel de prevalencia vital y a nivel de frecuencia- controlando el efecto de las covariables (género, edad, CI, nivel socio-económico, psicopatología y consumo de otras sustancias). Los consumidores de alcohol comparados con los no consumidores, informaron de puntuaciones más altas en la dimensión de Desorganización Social. Hallazgos que coinciden con una revisión actual sobre los efectos del consumo intensivo de alcohol en jóvenes, que asocian dicho consumo a déficits neurocognitivos (disminuye la atención sostenida, la memoria de trabajo visoespacial; déficit en la toma de decisiones, flexibilidad cognitiva y funciones ejecutivas) (López-Caneda et al., 2014). Las dimensiones Positiva y Anhedonia no presentaron diferencias estadísticamente significativas

cuando se controlaron los efectos de dichas covariables. En la misma línea que nuestra investigación, Auther et al. (2012) hallaron que los adolescentes con un inicio temprano (17 años o menos) en el consumo de alcohol fueron significativamente más propensos a mostrar experiencias esquizotípicas. Sin embargo, el patrón de asociación entre el uso de alcohol, trastorno de dependencia y experiencias esquizotípicas fue menos consistente cuando se ajustó para la presencia de otros trastornos por consumo de sustancias, a pesar de que los síntomas más severos también estaban asociados con niveles más altos de consumo de sustancias.

Los consumidores de tabaco informaron de mayores puntuaciones en las dimensiones de Anhedonia y Desorganización Social. Los resultados del presente trabajo reflejan que, tanto la presencia de consumo (sí/no), como la frecuencia de consumo, se asocian con puntuaciones más altas en los rasgos negativos y de desorganización social. La anhedonia se asocia al hábito de fumar para el alivio de estos efectos (Leventhal et al, 2013) y es considerada como un marcador de riesgo a la psicosis (Docherty y Sponheim, 2014, Meehl, 1962). Varios estudios prospectivos vinculan el tabaquismo con síntomas psicóticos (Gurillo et al., 2015; Munafò, Larsson Lönn, Sundquist, Sundquist y Kendler, 2016; Riala, Hakko, Isohanni, Pouta y Räsänen, 2005; Zammit et al., 2003). Por ejemplo, Gurillo et al. (2015) destacan que el consumo diario de tabaco se asocia con un mayor riesgo de psicosis en los estudios de casos y controles; indicando asimismo que el hecho de fumar se relaciona con una edad más temprana en el inicio del trastorno psicótico. En el mismo sentido, Weiser et al. (2004) afirmaron que la tasa de consumo de cigarrillos en adolescentes varones se asoció significativamente con el riesgo de esquizofrenia. No obstante, la posibilidad de un vínculo causal entre el consumo de tabaco y la psicosis merece un examen más detenido.

Con respecto a la influencia del consumo de cannabis, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, ni en función de prevalencia vital de consumo, ni de frecuencia de consumo, en las dimensiones de esquizotipia, cuando se controló el efecto de variables de confundido. Los resultados encontrados no revelan una asociación estadísticamente significativa, una vez ajustados los valores de confusión, sugiriendo esto la posible existencia de factores subyacentes que expliquen en mayor medida la asociación. Sin embargo, un estudio en España encontró que, los pacientes que presentaban un primer episodio de psicosis (edad promedio 15,5 años), tenían una tasa más alta de síntomas positivos y menos síntomas negativos si eran consumidores de cannabis, en comparación con los que no consumían cannabis (Baeza et al., 2009). La asociación entre el consumo de cannabis y psicosis ha sido analizada en una gran cantidad de estudios previos (Fergusson, Horwood y Ridder, 2005; Fonseca-Pedrero, Ortuño-Sierra, Paino y Muñiz, 2016; Gage, Hickman y Zammit, 2016; Hi-

des et al., 2009; Kelleher et al., 2012; Marconi et al., 2016; Moore et al., 2007). En general, las investigaciones en el campo de la esquizotipia indican que las relaciones que se establecen con el consumo de cannabis son complejas y bidireccionales, donde diferentes variables pueden estar jugando un rol mediador (Fonseca-Pedrero et al., 2019). Por ejemplo, Schubart et al. (2011), analizaron la asociación entre la edad de inicio y nivel de consumo de cannabis y experiencias psicóticas en tres dimensiones de los síntomas (positiva, negativa y depresiva) en una muestra de población de Países Bajos de más de 17.500 participantes, con una edad promedio de 21 años. En su estudio, encontraron que la edad de inicio de consumo de cannabis estaba fuertemente asociada con experiencias psicóticas actuales y que el nivel de consumo de cannabis estaba igualmente relacionado con síntomas positivos, negativos y depresivos.

Existe una gran cantidad de literatura que vincula el consumo de sustancias con la psicosis, si bien es difícil establecer la causalidad a partir de estas investigaciones. Como afirman Minozzi et al. (2009), la causalidad inversa y la confusión residual no pueden ser excluidas. La interacción con otros factores ambientales y genéticos es difícil de determinar. Esto no debería alterar el mensaje de salud pública de que el cannabis puede ser dañino y que la dependencia del cannabis debería evitarse (Gage et al., 2016). De hecho, tal vez, una línea de actuación interesante en la prevención de la psicosis, más que reducir el riesgo o la vulnerabilidad latente en sí misma, sería eliminar o reducir factores de riesgo relevantes que se encuentran íntimamente relacionados con su etiología como, por ejemplo, el consumo de cannabis o las experiencias de trauma (Radua et al., 2018).

A la hora de interpretar los resultados obtenidos en el presente trabajo, resulta necesario mencionar algunas limitaciones. Primero, las conclusiones se encuentran mediatizadas por los instrumentos de medida utilizados, de tipo autoinforme, con las correspondientes acotaciones de este tipo de herramientas (posible falta de comprensión e interpretación de los ítems o los sesgos de respuesta). El sistema multi-informante podría tener una especial relevancia en la evaluación de las variables de estudio. Segundo, la muestra pertenece a una Comunidad Autónoma española (La Rioja) aspecto que, aunque se haya realizado un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados, limita parcialmente la generalización de los resultados a todo el territorio español. Tercero, la naturaleza transversal del estudio limita el establecimiento de relaciones causa-efecto. Cuarto, no se recogió información de la posible morbilidad psiquiátrica, ni de los participantes, ni de los familiares cercanos, la cual podría afectar a los resultados encontrados en el trabajo.

En conclusión, los rasgos esquizotípicos se encontraron asociados al consumo de tabaco y alcohol, pero no al cannabis. Este estudio pretende arrojar luz sobre la relación

entre experiencias de consumo y rasgos esquizotípicos en la adolescencia. Es preciso identificar los mecanismos que subyacen a esta asociación en grupos vulnerables de jóvenes de riesgo con el objetivo de mejorar las estrategias de prevención. Futuros estudios podrían seguir analizando el papel de los factores de riesgo y de protección que se relacionan con la transición a diferentes problemas psicológicos mediante estudios longitudinales y de interacción gen-persona-ambiente. Del mismo modo, es sumamente interesante incorporar nuevas tecnologías de evaluación y medición como el método de muestreo de experiencias que permita un análisis de la conducta humana más ecológico, contextual, etiológico, personalizado y de precisión.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN) (referencia PSI2014-56114-P), por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), por la Convocatoria 2015 de “Ayudas Fundación BBVA a Investigadores y Creadores Culturales”, por las “Ayudas Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica 2017”, por el Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) (referencia PSI 2016-79524-R) y cofinanciado con fondos FEDER en el PO FEDER de La Rioja 2014-2020 (SRS 6FRSABC026).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses.

Referencias

- Abajobir, A. A., Kisely, S., Scott, J. G., Williams, G., Clavarino, A., Strathearn, L. y Najman, J. M. (2017). Childhood maltreatment and young adulthood hallucinations, delusional experiences, and psychosis: a longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, *43*, 1045–1055. doi:10.1093/schbul/sbw175.
- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E. y Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, *168*, 65–72. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10040567.
- Auther, A. M., McLaughlin, D., Carrión, R. E., Nagachandran, P., Correll, C. U. y Cornblatt, B. A. (2012). Prospective study of cannabis use in adolescents at clinical high risk for psychosis: impact on conversion to psycho-

- sis and functional outcome. *Psychological Medicine*, 42, 2485–2497. doi:10.1017/S0033291712000803.
- Baeza, I., Graell, M., Moreno, D., Castro-Fornieles, J., Parellada, M., González-Pinto, A., ... Arango, C. (2009). Cannabis use in children and adolescents with first episode psychosis: influence on psychopathology and short-term outcome (CAFEPS study). *Schizophrenia Research*, 113, 129–137. doi:10.1016/j.schres.2009.04.005.
- Barkus, E. (2008). Personality and cannabis use. *Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, 3, 84–89.
- Barrantes-Vidal, N., Grant, P. y Kwapil, T. R. (2015). The role of schizotypy in the study of the etiology of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 41, 408–416. doi:10.1093/schbul/sbu191.
- Barrett, P. y Bradley, C. (2016). Attitudes and perceived risk of cannabis use in Irish adolescents. *Irish Journal of Medical Science*, 185, 643–647. doi:10.1007/s11845-015-1325-2.
- Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C. y Zambon, A. (2006). The Family Affluence Scale as a measure of national wealth: validation of an adolescent self-report measure. *Social Indicators Research*, 78, 473–487. doi:10.1007/s11205-005-1607-6.
- Buchy, L., Perkins, D., Woods, S. W., Liu, L. y Addington, J. (2014). Impact of substance use on conversion to psychosis in youth at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 156, 277–280. doi:10.1016/j.schres.2014.04.021.
- Casajuana Kögel, C., López-Pelayo, H., Balcells-Olivero, M. M., Colom, J. y Gual, A. (2018). Psychoactive constituents of cannabis and their clinical implications: a systematic review constituyentes psicoactivos del cannabis y sus implicaciones clínicas: una revisión sistemática. *Adicciones*, 30, 140–151. doi:10.20882/adicciones.858.
- Cohen, A. S., Buckner, J. D., Najolia, G. M. y Stewart, D. W. (2011). Cannabis and psychometrically-defined schizotypy: use, problems and treatment considerations. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 548–554. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.08.013.
- Cohn, A., Johnson, A., Ehlike, S. y Villanti, A. C. (2016). Characterizing substance use and mental health profiles of cigar, blunt, and non-blunt marijuana users from the National Survey of Drug Use and Health. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 105–111. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.12.017.
- Debbané, M., Eliez, S., Badoud, D., Conus, P., Fluckiger, R. y Schultze-Lutter, F. (2015). Developing psychosis and its risk states through the lens of schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*, 41, 396–407. doi:10.1093/schbul/sbu176.
- Ericson, M., Tuvblad, C., Raine, A., Young-Wolff, K. y Baker, L. A. (2011). Heritability and longitudinal stability of schizotypal traits during adolescence. *Behavior Genetics*, 41, 499–511. doi:10.1007/s10519-010-9401-x.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Ridder, E. M. (2005). Tests of causal linkage between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction*, 100, 354–366. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.001001.x.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos, S., Muñoz, J., Paino, M. y Villazón, U. (2010). ESQUIZO-Q. Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia. Madrid: TEA Ediciones.
- Fonseca-Pedrero, E. (coord). (2018). Evaluación de los trastornos del espectro psicótico. Madrid: Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E. y Debbané, M. (2017). Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: an update. *Psicothema*, 29, 5–17. doi:10.7334/psicothema2016.209.
- Fonseca-Pedrero, E. e Inchausti, F. (2018). Update on the prevention of psychotic spectrum disorders. *Papeles del Psicólogo*, 39, 127–139. doi:10.23923/pap.psicol2018.2860.
- Fonseca-Pedrero, E., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Inchausti, F. y Ortuño-Sierra, J. (2019). Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de cannabis en adolescentes de la población general. Psychotic-like experiences and cannabis use in adolescents from the general population. *Adicciones*. Avance de publicación on-line. doi:10.20882/adicciones.1149.
- Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Paino, M. y Muñoz, J. (2016). Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de sustancias en universitarios. *Adicciones*, 28, 144–153. doi:10.20882/adicciones.781.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino-Piñeiro, M., Lemos-Giráldez, S., Villazón-García, U. y Muñoz, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief form in adolescents. *Schizophrenia Research*, 111, 53–60. doi:10.1016/j.schres.2009.03.006.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñoz, J. (2011a). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes Españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 15–25. doi:10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10348.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñoz, J. (2011b). Schizotypal traits and depressive symptoms in nonclinical adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 293–300. doi:10.1016/j.comppsy.2010.07.001.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., Ordóñez-Cambor, N. y Muñoz, J. (2011). Early psychopathological features in spanish adolescents. *Psicothema*, 23, 87–93.
- Fumero, A., Marrero, R. J. y Fonseca-Pedrero, E. (2018). Well-being in schizotypy: the effect of subclinical psychotic experiences. *Psicothema*, 30, 177–182. doi:10.7334/psicothema2017.100.
- Fumero A., Santamaría, C. y Navarrete, G. (2009). Predisposición al consumo de alcohol y drogas en personas

- vulnerables a la esquizofrenia. *Revista de Neurología*, 49, 8–12. doi:10.33588/rn.4901.2008672.
- Gage, S. H., Hickman, M. y Zammit, S. (2016). Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. *Biological Psychiatry*, 79, 549–556. doi:10.1016/j.biopsych.2015.08.001.
- García Montes, J. M., Zaldívar Basurto, F., Moreno Montoya, M. y Flores Cubos, P. (2013). Relaciones entre el consumo de drogas y variables de riesgo psicopatológicas en jóvenes universitarios. *Psicothema*, 25, 433–439. doi:10.7334/psicothema2013.20.
- Gonzalvo, B., Barral, C. y Roncero, O. E. C. (2011). Comorbilidad psiquiátrica en adolescentes consumidores de cannabis. *Trastornos Adictivos*, 13, 109–112. doi:10.1016/S1575-0973(11)70023-X.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–6. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x.
- Gur, R. C., Richard, J., Calkins, M. E., Chiavacci, R., Hansen, J. A., Bilker, W. B., ... Gur, R. E. (2012). Age group and sex differences in performance on a computerized neurocognitive battery in children age 8-21. *Neuropsychology*, 26, 251–65. doi:10.1037/a0026712.
- Gurillo, P., Jauhar, S., Murray, R. M. y MacCabe, J. H. (2015). Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 2, 718–725. doi:10.1016/S2215-0366(15)00152-2.
- Hall, W. y Degenhardt, L. (2008). Cannabis use and the risk of developing a psychotic disorder. *World Psychiatry*, 7, 68–71.
- Hides, L., Lubman, D. I., Buckby, J., Yuen, H. P., Cosgrave, E., Baker, K. y Yung, A. R. (2009). The association between early cannabis use and psychotic-like experiences in a community adolescent sample. *Schizophrenia Research*, 112, 130–135. doi:10.1016/j.schres.2009.04.001.
- IBM Corp Released. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kelleher, I., Connor, D. y Clarke, M. C. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine*, 42, 1857-1863. doi:10.1017/S0033291711002960.
- Kraan, T., Velthorst, E., Koenders, L., Zwaart, K., Ising, H. K., van den Berg, D., ... Van der Gaag, M. (2016). Cannabis use and transition to psychosis in individuals at ultra-high risk: review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46, 673–681. doi:10.1017/S0033291715002329.
- Large, M., Sharma, S., Compton, M. T., Slade, T. y Nielssen, O. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 68, 555–561. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.5.
- Leventhal, A. M., Greenberg, J. B., Trujillo, M. A., Ameringer, K. J., Lisha, N. E., Pang, R. D. y Monterosso, J. (2013). Positive and negative affect as predictors of urge to smoke: temporal factors and mediational pathways. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 27, 262–267. doi:10.1037/a0031579.
- Linscott, R. J. y Van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43, 1133–1149. doi:10.1017/S0033291712001626.
- López-Caneda, E., Mota, N., Crego, A., Velásquez, T., Corral, M., Holguín, S. R. y Cadaveira, F. (2014). Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes: Una revisión. *Adicciones*, 26, 334–359. doi:10.20882/adicciones.39.
- López-Quintero, C. y Neumark, Y. (2010). Effects of risk perception of marijuana use on marijuana use and intentions to use among adolescents in Bogotá, Colombia. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 65–72. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.12.011.
- Malone, D. T., Hill, M. N. y Rubino, T. (2010). Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models. *British Journal of Pharmacology*, 160, 511–522. doi:10.1111/j.1476-5381.2010.00721.x.
- Marconi, A., Di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M. y Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 1262–1269. doi:10.1093/schbul/sbw003.
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22, 98–109. doi:10.1016/S0716-8640(11)70397-2.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827–838. doi:10.1037/h0041029.
- Minozzi, S., Davoli, M., Bargagli, A. M., Amato, L., Vecchi, S. y Perucci, C. A. (2009). An overview of systematic reviews on cannabis and psychosis: discussing apparently conflicting results. *Drug and Alcohol Review*, 29, 304–317. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00132.x.
- Moore, T. H. M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R. E., Jones, P. B., Burke, M. y Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370, 319–28. doi:10.1016/S0140-6736(07)61162-3.
- Moore, T. M., Reise, S. P., Gur, R. E., Hakonarson, H. y Gur, R. C. (2015). Psychometric properties of the penn computerized neurocognitive battery. *Neuropsychology*, 29, 235–246. doi:10.1037/neu0000093.
- Moreno, L. M. (2018). Informe ESTUDES 2018: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.

- Morton, S. E., O'Hare, K. J. M., Maha, J. L. K., Nicolson, M. P., Machado, L., Topless, R., ... Linscott, R. J. (2017). Testing the validity of taxonic schizotypy using genetic and environmental risk variables. *Schizophrenia Bulletin*, 43, 633–643. doi:10.1093/schbul/sbw108.
- Munafò, M. R., Larsson Lönn, S., Sundquist, J., Sundquist, K. y Kendler, K. (2016). Snus use and risk of schizophrenia and non-affective psychosis. *Drug and Alcohol Dependence*, 164, 179–182. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.04.035.
- Najolia, G. M., Buckner, J. D. y Cohen, A. S. (2012). Cannabis use and schizotypy: The role of social anxiety and other negative affective states. *Psychiatry Research*, 200, 660–668. doi:10.1016/j.psychres.2012.07.042.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F. y Sastre I Riba, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: el cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del Psicólogo*, 37, 14–26.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sastre I Riba, S. y Muñiz, J. (2015). Screening mental health problems during adolescence: psychometric properties of the Spanish version of the strengths and difficulties Questionnaire. *Journal of Adolescence*, 38, 49–56. doi:10.1016/j.adolescence.2014.11.001.
- Pérez Gálvez, M. (2015). Prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol. En Andoni Aseán (ed.), *Manual de prevención, intervención y postintervención de la conducta suicida* (pp. 611–630). Madrid: Fundación Salud Mental España.
- Radua, J., Ramella-Cravaro, V., Ioannidis, J. P. A., Reichenberg, A., Phiphopthasane, N., Amir, T., ... Fusar-Poli, P. (2018). What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry*, 17, 49–66. doi:10.1002/wps.20490.
- Rial, A., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J. y Golpe, S. (2018). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, 31, 64–77. doi:10.20882/adicciones.1212.
- Riala, K., Hakko, H., Isohanni, M., Pouta, A. y Räsänen, P. (2005). Is initiation of smoking associated with the prodromal phase of schizophrenia? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 26–32. doi:10.1016/j.psychres.2005.07.014.
- Rowe, C., Santos, G.-M., Behar, E. y Coffin, P. O. (2016). Correlates of overdose risk perception among illicit opioid users. *Drug and Alcohol Dependence*, 159, 234–239. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.12.018.
- Saha, S., Scott, J. G., Varghese, D., Degenhardt, L., Slade, T. y McGrath, J. J. (2011). The association between delusional-like experiences, and tobacco, alcohol or cannabis use: a nationwide population-based survey. *BMC Psychiatry*, 11, 202. doi:10.1186/1471-244X-11-202.
- Schubart, C. D., Van Gastel, W. A., Breetvelt, E. J., Beetz, S. L., Ophoff, R. A., Sommer, I. E. C., ... Boks, M. P. M. (2011). Cannabis use at a young age is associated with psychotic experiences. *Psychological Medicine*, 41, 1301–1310. doi:10.1017/S003329171000187X.
- Sendino, R., Álvarez, E., Brime, B., Llorens, N., Ruiz, A. y Sánchez, E. (2016). Informe 2016: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. *Observatorio Español de La Droga y Las Toxicomanías. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales*, 72. doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2.
- Shakoor, S., Zavos, H. M. S., Haworth, C. M. A., McGuire, P., Cardno, A. G., Freeman, D. y Ronald, A. (2016). Association between stressful life events and psychotic experiences in adolescence: evidence for gene-environment correlations. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 532–538. doi:10.1192/bjp.bp.114.159079.
- Soto-Brandt, G., Portilla Huidobro, R., Huepe Artigas, D., Rivera-Rei, A., Escobar, M. J., Salas Guzman, N., ... Castillo-Carniglia, A. (2014). Validity evidence of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Chile. *Adicciones*, 26, 291–302.
- Stewart, D. W., Cohen, A. S. y Copeland, A. L. (2010). Cigarette smoking across the schizotypy spectrum. *Psychiatry Research*, 179, 113–115. doi:10.1016/J.PSYCHRES.2010.04.038.
- Szoke, A., Galliot, A. M., Richard, J. R., Ferchiou, A., Baudin, G., Leboyer, M. y Schürhoff, F. (2014). Association between cannabis use and schizotypal dimensions - A meta-analysis of cross-sectional studies. *Psychiatry Research*, 219, 58–66. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.008.
- Van Gastel, W. A., Wigman, J. T. W., Monshouwer, K., Kahn, R. S., Van Os, J., Boks, M. P. M. y Vollebergh, W. A. M. (2012). Cannabis use and subclinical positive psychotic experiences in early adolescence: findings from a Dutch survey. *Addiction*, 107, 381–387. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03626.x.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179–195. doi:10.1017/S0033291708003814.
- Vázquez, F. y Becoña, E. (2000). Factores de riesgo y escalada cannabinoide. *Adicciones*, 12, 175–184. doi:10.20882/adicciones.680.
- Verdoux, H. y Van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54, 59–65. doi:10.1016/S0920-9964(01)00401-7.
- Weiser, M., Reichenberg, A., Grotto, I., Yasvitzky, R., Rabinowitz, J., Lubin, G., ... Davidson, M. (2004). Higher rates of cigarette smoking in male adolescents before the onset of schizophrenia: a historical-prospective co-

hort study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1219–1223. doi:10.1176/appi.ajp.161.7.1219.

WHO Assist Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x.

Zammit, S., Allebeck, P., Dalman, C., Lundberg, I., Hemmingsson, T. y Lewis, G. (2003). Investigating the association between cigarette smoking and schizophrenia in a cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2216–2221. doi:10.1176/appi.ajp.160.12.2216.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo general de la presente tesis doctoral fue analizar las dificultades en el ajuste emocional y comportamental, así como su relación con el bienestar emocional, afecto negativo, ideación suicida, *bullying* y *ciberbullying*, consumo de sustancias, rendimiento académico y riesgo de trastorno mental grave, en adolescentes de la población general. Dado que la modalidad de presentación de la tesis es el compendio de publicaciones, a continuación, se recoge un resumen de las distintas secciones de la discusión correspondientes a cada uno de los objetivos específicos que conforman la tesis doctoral.

4.1. Dificultades emocionales y comportamentales en la adolescencia: relación con bienestar emocional, afecto y rendimiento académico.

En el primer artículo se aborda el objetivo específico: examinar las dificultades en el ajuste emocional comportamental y su relación con el bienestar emocional, el afecto negativo y positivo y el rendimiento académico en una muestra representativa de adolescentes no clínicos.

Los principales hallazgos se comentan a continuación. Primero, los resultados mostraron que el 7,7% de los adolescentes de la muestra manifestaron riesgo de mala salud mental y un 13,4% estaría en la franja de puntuación límite. Estos son comparables con las Encuestas Nacionales de Salud ENSE 2006 y 2011/12 (Bobes et al., 2014; Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, Muñiz, 2011; Frías, Carrasco, Fernández, García, García, 2009; Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Paino y Aritio-Solana, 2014). También, tanto en el ámbito nacional como el internacional se considera que la prevalencia vital de trastornos mentales en esta etapa del desarrollo se sitúa entre el 5 y 20% (Bobes et al., 2013; Costello, Foley y Angold, 2006; Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2011; Frías et al., 2009; Goodman, 2001; Gore et al., 2011; Ortuño-Sierra et al., 2014; Polanczyk et al., 2015).

Segundo, los resultados señalaron que el 71,9% de los adolescentes informaron de un alto bienestar emocional subjetivo. A mayor bienestar emocional subjetivo – como indicador indirecto de satisfacción con la vida- menores dificultades de emocionales y comportamentales. Estos resultados arrojados de nuestra muestra de adolescentes coinciden con otros estudios (Casas, 2011; Cummins, Eckersley, Pallant, van Vugt y Misajon, 2003b; Diener, 2013; MSSSI, 2016; Nansook, Peterson y Sun, 2013; Nansook Park, 2004; Tomynt et al., 2013; Viner et al., 2012; Yiengprugsawan, Seubsman, Khamman, Lim y Sleight, 2010). Por ejemplo, Casas (2011) en una muestra de adolescentes españoles de 15 a 18 años su grado de bienestar subjetivo era de 77.93%. En 2014, el 71% de la población de 15 y más años valoró positivamente su estado de salud (MSSSI, 2016). Además, este estudio muestra una correlación negativa entre satisfacción con la vida y dificultades emocionales, es decir, disminuye la satisfacción con la vida si el sujeto presenta dificultades emocionales.

Tercero, los resultados indicaron que las dificultades emocionales y comportamentales se asociaron de forma positiva con AN y de forma negativa con AP (Cohen, 2008; Diener, 2013; Ebesutani et al., 2012; Ortuño-Sierra, Chocarro, Fonseca-Pedrero, Sastre i Riba, y Muñiz, 2015; Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009; Viñas et al., 2015). El Comportamiento Prosocial se asoció de forma positiva con el AP y de forma negativa con el AN (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, y Muñiz, 2011; Giannakopoulos et al., 2009; Prior, Virasinghe, y Smart, 2005; Yao et al., 2009). En la misma línea, estudios previos afirman que el Comportamiento Prosocial es un predictor positivo y significativo de tener una autoestima más alta (Inglés y Martínez-González, 2012). Resultados equivalentes se han hallado en otros estudios. Por ejemplo, Vázquez et al. (2009) explican que tanto el AP como la satisfacción con la vida, parecen predecir resultados positivos en relación a la salud. Como afirma Diener (2013) el bienestar parece tener una relación directa con la salud, fomentar las emociones positivas podría potenciar la salud. Por otro lado, la experiencia de AN como miedo o ansiedad, tristeza, culpa, hostilidad, pesimismo o nerviosismo repercute en mayores problemas o quejas somáticas e insatisfacción y apreciación negativa de uno mismo y de los demás (Ebesutani et al., 2012). Cuando los jóvenes se autoinculpan más, no se fijan en lo positivo, son más reservados y no tienden estrategias de afrontamiento obtienen peores puntuaciones en AP (Viñas et al., 2015). Otras investigaciones evidencian que dificultades de

comportamiento en adolescentes se asocia con dificultades o trastornos en la edad adulta (Cohen, 2008).

Cuarto, a menores dificultades de emocionales y comportamentales mejor rendimiento académico. Este estudio refleja que las personas que consiguen buenos resultados académicos, también obtienen mejores puntuaciones en indicadores de salud mental, y muestran menos problemas de ajuste socio-emocional. El alumnado con suspensos presentó un peor estado de salud mental cuando se les comparó con el alumnado que aprobaban y sacaban buenas notas. Los resultados de este estudio son relativamente consistentes con los hallados por otras investigaciones. Así, Casas et al. (2014) mostraron que estudiantes con un buen ajuste escolar no solo muestran un mejor ajuste psicosocial en otros contextos, sino que también su adecuada adaptación al contexto escolar contribuye a incrementar su bienestar subjetivo y su satisfacción con la vida. Por otra parte, como se refleja en nuestro estudio los malos resultados se relacionan con peor ajuste emocional y comportamental como se corrobora en otros estudios previos. Por ejemplo, se estima que los síntomas depresivos se asocian a un 25-30% en probabilidad de abandonar los estudios (Fletcher, 2010). Según investigaciones de McLeod et al., (2012) los problemas específicos que predicen con mayor fuerza niveles más bajos de educación son los problemas de atención, depresión, delincuencia y consumo de sustancias.

En suma, las dificultades emocionales y conductuales informadas por los adolescentes, mediante el SDQ, se asocian con mayores niveles de AN, menores niveles de AP, y peor rendimiento académico y bienestar subjetivo.

4.2. Ajuste emocional y comportamental en una muestra de adolescentes españoles.

En el segundo artículo se abordó el segundo objetivo específico: explorar la relación entre las dificultades emocionales y comportamentales y la ideación suicida, el *bullying* y *ciberbullying* y el consumo de sustancias en una muestra representativa de adolescentes españoles. Los resultados han demostrado, de acuerdo a la literatura previa, que aquellos

adolescentes que refieren mayores problemas emocionales y comportamentales informan de mayor ideación y conducta suicida, más comportamientos de acoso y ciberacoso escolar (tanto víctima como agresor) y de un mayor consumo de tabaco y cannabis.

El riesgo de problemas en el ajuste emocional y comportamental se relacionó con mayor ideación y conducta suicida. En concreto, la muestra informó de que aproximadamente un 4% había intentado quitarse la vida en el último año. Diversas investigaciones previas también señalan la relación positiva entre dificultades de salud mental y tentativas de suicidio (Bernal et al., 2007; Gabilondo et al., 2007; Nock et al., 2008). Así, Balázs et al. (2013) puso de relieve la importancia de la identificación temprana de la depresión y la ansiedad para minimizar el riesgo de suicidio (en una muestra de 12.395 adolescentes de 11 países). En otro estudio realizado con adolescentes riojanos (Fonseca-Pedrero et al., 2018), se encontró que los participantes con riesgo de conducta suicida presentan mayores problemas emocionales y menor bienestar emocional.

Los problemas en el ajuste emocional y comportamental se asociaron también con un mayor número de comportamientos de acoso, tasados en un 5,6% -tanto de victimización como de agresión- en los centros educativos. El fenómeno del acoso escolar también parece asimismo estar ligado a efectos negativos sobre la salud mental de los adolescentes. Como se parece demostrar en nuestro estudio, a medida que se incrementa el riesgo de mala salud mental aumenta la percepción de violencia entre iguales. En numerosas investigaciones se ha demostrado que los adolescentes acosados presentan más alteraciones físicas, problemas psicósomáticos, depresión, ansiedad, ideación o intentos de suicidio (Díaz-Atienza y Cuesta, 2004; Doty et al., 2017; Fekkes et al., 2004; Fisher et al., 2012; Kaltiala-Heino y Fröjd, 2011; Loinaz, Echeburúa, y Irureta, 2011); baja autoestima (Garaigordobil, Martínez-Valderrey y Aliri, 2013; Ybarra, Mitchell, Wolak y Finkelhor, 2006); serios problemas de relación social, aislamiento, déficit de habilidades sociales y autocontrol (Buelga et al., 2014; Moore et al., 2017; Orjuela López, Cabrera de los Santos Finalé, Calmaestra Villén, Mora-Merchán, y Ortega-Ruíz, 2014; Ortega et al., 2008; Zwierzyńska et al., 2013); peor rendimiento académico y peor concentración (Díaz-Aguado Jalón et al., 2010; Kowalski y Limber, 2013); e, incluso, absentismo escolar (Tokunaga, 2010). Por ejemplo, Kowalski et al. (2013), correlacionan el acoso tradicional y la intimidación cibernética con altas tasas de ansiedad,

depresión, baja autoestima, abandono escolar, ideación suicida y problemas de salud.

Un nuevo resultado encontrado en este estudio es que las dificultades emocionales y comportamentales se relacionan con un mayor consumo de tabaco y cannabis, no así de alcohol. La muestra presentó un patrón del 2% de consumo semanal de cannabis. Estos resultados son parcialmente convergentes con los hallados en trabajos previos (Fonseca-Pedrero, Paino, et al., 2011; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Por ejemplo, el consumo de tabaco por los adolescentes tiene un mayor riesgo de problemas mentales (Banzer et al., 2015) como la ansiedad, depresión (Ayuso-Mateos et al., 2012; Huckins et al., 2017; Sendino et al., 2016), trastorno de la personalidad (Baek, Eisner, y Nierenberg, 2013; De Alwis, Lynskey, Reiersen, y Agrawal, 2014; McGee et al., 2015; Mulligan, Reiersen, y Todorov, 2014; Zammit et al., 2002) y tendencias suicidas (Artenie et al., 2015; Bousoño et al., 2017; Echeburúa, 2015; Oquendo et al., 2010; van Gastel et al., 2013). Respecto al cannabis, Fergusson et al. (2002), en un estudio longitudinal, examinan las asociaciones entre la frecuencia de este consumo y los resultados psicosociales en la adolescencia y juventud, entre la edad de 14-21 años. Encuentran que el uso de cannabis se asocia con mayores tasas en una serie de problemas de adaptación, delincuencia, depresión y conductas de tipo suicida.

La OMS considera que el cannabis incide negativamente en la salud mental porque parece ser capaz de ocasionar un síndrome de dependencia, similar al de otras drogas, inducir psicosis propias, causar un síndrome amotivacional, y exacerbar el curso de la esquizofrenia, así como precipitar su inicio (OMS, 1997). Es probable que el consumo de cannabis aumente el riesgo de desarrollar esquizofrenia y otras psicosis; cuanto mayor es el uso, mayor es el riesgo (Fonseca-Pedrero, Ortuño-Sierra, Paino, y Muñiz, 2016; *National Academies of Sciences, Engineering, 2017*).

4.3. Relación entre consumo de sustancias y rasgos de esquizotípicos en adolescentes escolarizados.

En el tercer artículo, el objetivo fue analizar la relación entre el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y cannabis) y el riesgo de psicosis, estimado mediante la presencia de rasgos esquizotípicos, en una muestra representativa de adolescentes españoles escolarizados.

En primer lugar, se analizaron las tasas de prevalencia vital de consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Los resultados encontrados muestran una prevalencia vital para el tabaco del 40,4%, para el alcohol 79,4% y del 23,7% para el cannabis. Estos resultados son similares a los obtenidos en la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España ESTUDES 16-17 (34,7% para el tabaco, 76,9% alcohol y 31,1% cannabis). De la muestra, un 10,3% de los adolescentes informaron que fumaban tabaco a diario o casi a diario; según el Observatorio de Drogas en España los jóvenes que manifestaron un consumo diario de tabaco representan un 8,8% (Moreno, 2018). El 30,1% consumía alcohol cada mes; dato similar a los estudiantes de secundaria (ESTUDES 16-17) donde tres de cada cuatro jóvenes admiten haber bebido alcohol en los últimos 30 días. Por último, un 2,9% informó que fumaba cannabis mensualmente, dato que contrasta con los estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14 a 18 años de (ESTUDES 16-17) que confirman un consumo de cannabis de un 18,3% en los últimos 30 días.

En segundo lugar, se analizaron las dimensiones de esquizotipia (Positiva, Negativa y Desorganización) en función del consumo -a nivel de prevalencia vital y a nivel de frecuencia- controlando el efecto de las covariables (género, edad, CI, nivel socio-económico, psicopatología y consumo de otras sustancias). Los consumidores de alcohol comparados con los no consumidores, informaron de puntuaciones más altas en la dimensión de Desorganización Social. Hallazgos que coinciden con una revisión actual, sobre los efectos del consumo intensivo de alcohol en jóvenes que asocian dicho consumo a déficits neurocognitivos (disminuye la atención sostenida, la memoria de trabajo visoespacial; déficit en la toma de decisiones, flexibilidad cognitiva y funciones ejecutivas) (López-Caneda et al., 2014). Las dimensiones Positiva y Anhedonia –en nuestro estudio- no presentaron diferencias estadísticamente significativas cuando se controlaron los efectos de dichas covariables. En la

misma línea que nuestra investigación, Auther et al. (2012) afirmaron que los adolescentes con un inicio temprano (17 años o menos) en el consumo de alcohol fueron significativamente más propensos a mostrar experiencias esquizotípicas. Sin embargo, el patrón de asociación entre el uso de alcohol, trastorno de dependencia y experiencias esquizotípicas fue menos consistente cuando se ajustó para la presencia de otros trastornos por consumo de sustancias, a pesar de que los síntomas más severos también están asociados con niveles más altos de consumo de sustancias.

Los consumidores de tabaco informaron de mayores puntuaciones en las dimensiones de Anhedonia y Desorganización Social. Los resultados del presente trabajo reflejan que, tanto la presencia de consumo (sí/no), como la frecuencia de consumo, se asocian con puntuaciones más altas en los rasgos negativos y de desorganización social. La anhedonia como disminución del interés o el placer en las actividades que normalmente se disfrutan, se asocia al hábito de fumar para el alivio de estos efectos (Leventhal et al, 2013); y es considerada como un marcador de riesgo a la psicosis (Docherty y Sponheim, 2014, Meehl, 1962). Varios estudios prospectivos vinculan el tabaquismo con síntomas psicóticos (Gurillo et al., 2015; Munafò, Larsson Lönn, Sundquist, Sundquist y Kendler, 2016; Riala, Hakko, Isohanni, Pouta y Räsänen, 2005; Zammit et al., 2003). Por ejemplo, Gurillo et al., (2015) destacan que el consumo diario de tabaco se asocia con un mayor riesgo de psicosis en los estudios de casos y controles; indicando, asimismo que el hecho de fumar se asocia con una edad más temprana en el inicio del trastorno psicótico.

Con respecto a la influencia del consumo de cannabis, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, ni en función de prevalencia vital de consumo, ni de frecuencia de consumo, en las dimensiones de esquizotipia, cuando se controló el efecto de variables de confundido. Los resultados encontrados no revelan una asociación significativa, una vez ajustadas las covariables, sugiriendo esto la posible existencia de factores subyacentes que expliquen en mayor medida la asociación. La asociación entre el consumo de cannabis y psicosis ha sido analizada en una gran cantidad de estudios previos (Fergusson, Horwood y Ridder, 2005; Fonseca-Pedrero, Ortuño-Sierra, Paino y Muñiz, 2016; Gage, Hickman y Zammit, 2016; Hides et al., 2009; Kelleher et al., 2012; Marconi et al., 2016; Moore et al., 2007). En general, las investigaciones en el campo de la esquizotipia indican que las

relaciones que se establecen con el consumo de cannabis son complejas y bidireccionales, donde diferentes variables pueden estar jugando un rol mediador (Fonseca-Pedrero et al., 2019). Por ejemplo, Schubart et al. (2011), analizaron la asociación entre la edad de inicio y nivel de consumo de cannabis y experiencias psicóticas en tres dimensiones de los síntomas (positivo, negativo y depresivo), encontraron que la edad de inicio de consumo de cannabis está fuertemente asociada con experiencias psicóticas actuales y que el nivel de consumo de cannabis está igualmente relacionado con síntomas positivos, negativos y depresivos.

Existe una gran cantidad de literatura que vincula el consumo de sustancias con la psicosis, si bien establecer la causalidad a partir de estas investigaciones es difícil. Como afirman Minozzi et al. (2009), la causalidad inversa y la confusión residual no pueden ser excluidas. La interacción con otros factores ambientales y genéticos es difícil de determinar. Esto no debería alterar el mensaje de salud pública de que el cannabis puede ser dañino y que la dependencia del cannabis debería evitarse (Gage et al., 2016). De hecho, tal vez, una línea de actuación interesante en el campo de la psicosis, más que reducir el riesgo de psicosis o la vulnerabilidad latente en sí misma, sería interesante prevenir o reducir factores de riesgo relevantes que se encuentran íntimamente relacionados con la etiología de la psicosis como por ejemplo, el consumo de cannabis o las experiencias de trauma (Radua et al., 2018).

4.4. Conclusiones

Esta tesis doctoral es pionera en el estudio del ajuste socio-emocional de los adolescentes en La Comunidad Autónoma de La Rioja. Se detallan punto por punto las conclusiones a las que se ha llegado:

1) El 78,9% de los jóvenes riojanos informaron de una buena salud mental y el 7,7% de la muestra obtuvo puntuaciones de riesgo de mala salud mental (puntuación Total de Dificultades del SDQ); el 13,4% estaría en la franja de puntuación límite.

2) Los niveles de bienestar emocional percibido por los adolescentes fueron elevados (93,9% puntuó por encima de la medida). El 71,9% de los adolescentes informaron de un alto bienestar emocional subjetivo.

3) Los adolescentes con mayores dificultades emocionales y conductuales, medidas con el SDQ, manifestaron menores niveles de bienestar emocional informado, menor afecto positivo, y mayor afecto negativo y un peor rendimiento académico.

4) Los adolescentes con mayores problemas emocionales y conductuales informaron de mayores tasas de conductas suicidas, acoso escolar y abuso de sustancias, en comparación con aquellos que no presentan dificultades en su ajuste socio-emocional.

5) El 4% de los adolescentes informaron que en algún momento había intentado quitarse la vida. Además, un 6,9% de la muestra presentó un riesgo elevado de ideación suicida.

6) Los adolescentes que presentaron rasgos esquizotípicos informaron de problemas de consumo de tabaco y alcohol, pero no cannabis. Los adolescentes informaron que, en el último mes, habían consumido tabaco (25,9%), alcohol (68,2%) y cannabis (18,6%).

7) Los jóvenes que presentaron mayor consumo de tabaco y cannabis mostraron mayor riesgo de problemas de salud mental, así como mayor riesgo de desajuste emocional y comportamental.

4.5. Conclusions (bis)

This doctoral thesis is a pioneer in the study of the socio-emotional adjustment of adolescents in the Autonomous Community of La Rioja. The conclusions reached are detailed point by point:

1) 78.9% of the young people from La Rioja reported good mental health and 7.7% of the sample obtained risk scores for poor mental health (Total Difficulties Score of the SDQ); 13.4% would be in the limit score range.

2) The levels of emotional well-being perceived by adolescents were high (93.9% scored above the measure). 71.9% of adolescents reported high subjective emotional well-being.

3) Adolescents with greater emotional and behavioral difficulties, measured with the SDQ, showed lower levels of reported emotional well-being, less positive affect, and greater negative affect and worse academic performance.

4) Adolescents with greater emotional and behavioral problems reported higher rates of suicidal behavior, bullying, and substance abuse, compared to those without difficulties in their socio-emotional adjustment.

5) 4% of adolescents reported that at some point they had attempted to kill themselves. Furthermore, 6.9% of the sample had a high risk of suicidal ideation.

6) Adolescents with schizotypal traits reported problems with tobacco and alcohol use, but not cannabis. Adolescents reported that, in the last month, they had used tobacco (25.9%), alcohol (68.2%) and cannabis (18.6%).

7) Young people with higher tobacco and cannabis consumption showed a higher risk of mental health problems, as well as a higher risk of emotional and behavioral maladjustment.

4.6. Limitaciones y futuras investigaciones

Este trabajo presenta algunas limitaciones que deberán ser tenidas en cuenta en futuros estudios.

Primero, las conclusiones del presente estudio se encuentran limitadas por los instrumentos de medida utilizados, preferentemente de tipo autoinforme. Tanto la prevalencia de salud mental como los diferentes indicadores de bienestar, afecto, rendimiento, *bullying-cyberbullying*, ideas de suicidio y consumo de sustancias, se basan en medidas de tipo autoinforme, con las correspondientes acotaciones de este tipo de herramientas (posible falta de comprensión e interpretación de los ítems o los sesgos de respuesta) a la hora de la generalización y extrapolación de los resultados. El sistema multi-informante podría tener una especial relevancia en la evaluación de las variables de estudio.

Segundo, la muestra pertenece a una comunidad autónoma española (La Rioja) aspecto que, aunque se haya realizado un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados, limita parcialmente la generalización de los resultados a todo el territorio español.

Tercero, es un estudio transversal, por lo que se debe ser cauteloso a la hora de establecer posibles relaciones causa-efecto.

Cuarto, hubiese sido interesante recoger datos sobre otros posibles factores de riesgo demográficos (p.ej., estatus económico) e información sobre la historia presente o pasada de síntomas, o de la posible morbilidad psiquiátrica de los participantes y de los familiares cercanos, dado que estos aspectos podrían estar modulando los resultados encontrados.

En las dos últimas décadas ha aumentado el interés por el estudio de la salud mental y el bienestar emocional de niños y adolescentes, si bien los esfuerzos destinados a este fin son aún insuficientes. Es evidente que muchas cuestiones quedan aún por abordar y resolver. Este estudio pretende arrojar luz sobre la relación entre diferentes problemáticas de salud mental, teniendo como reto mejorar el bienestar emocional de nuestros jóvenes. Conocer dicha realidad permite diseñar e implementar estrategias de actuación dentro de las políticas educativas, sociales y sanitarias con la finalidad de mejorar la salud mental y el bienestar

emocional de la población. También ayuda a optimizar la gestión de recursos, mitigar el impacto de los problemas de salud mental a diferentes niveles (p. ej., personal, escolar, familiar, social o sanitario), sensibilizar y concienciar sobre cuestiones relacionadas con la salud mental y reducir el estigma asociado hacia las personas con trastornos mentales. El uso de herramientas de evaluación apropiadas es fundamental para la realización de diagnósticos correctos y el desarrollo de intervenciones eficaces (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2017).

Futuros estudios podrían seguir analizando el papel de los factores de riesgo y de protección que se relacionan con la transición a diferentes problemas psicológicos mediante estudios longitudinales y de interacción gen-ambiente, así como realizar estudios longitudinales que permitan analizar la capacidad predictiva de estos indicadores. Del mismo modo, es sumamente interesante implementar nuevas tecnologías de la información (p.ej., Smartphone, apps) así como el método de muestro de experiencias que permita un análisis de la conducta humana más ecológico, contextual, etiológico, personalizado y de precisión. Este procedimiento permite recoger información de variables psicológicas en el entorno natural del evaluado y durante un determinado periodo temporal, lo que permite que esta evaluación sea más personalizada y contextual (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019).

5. REFERENCIAS

- Abajobir, A. A., Kisely, S., Scott, J. G., Williams, G., Clavarino, A., Strathearn, L. y Najman, J. M. (2017). Childhood maltreatment and young adulthood hallucinations, delusional experiences, and psychosis: A longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 43(5), 1045–1055. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw175>
- Alfonso, J. P., Huedo-medina, T. B. y Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25(2), 330-338.
- Álvaro Page, M., Bueno, J., Calleja, J. A. y Cerdán, J. (1990). *Hacia un modelo causal del rendimiento académico*. Madrid: Dirección General de Renovación Pedagógica, Ministerio de Educación y Ciencia.
- Arango, C., Castro, J., Ímaz, C. y Fernández, A. (2013). *Libro blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: D. del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Observatorio Español de las Drogas las Adicciones, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.
- Arnold, S. E., Talbot, K. y Hahn, C. G. (2005). Neurodevelopment, neuroplasticity, and new genes for schizophrenia. *Progress in Brain Research, Elsevier*, 147, 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(04\)47023-X](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(04)47023-X)
- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E. y Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 65–72. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040567>
- Artenie, A. A., Bruneau, J., Roy, É., Zang, G., Lespérance, F., Renaud, J., ... Jutras-Aswad, D. (2015). Licit and illicit substance use among people who inject drugs and the association with subsequent suicidal attempt. *Addiction*, 110(10), 1636–1643. <https://doi.org/10.1111/add.13030>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de

http://www.aepcp.net/arc/LaSaludMental_I-J.pdf

- Auther, A. M., McLaughlin, D., Carrión, R. E., Nagachandran, P., Correll, C. U. y Cornblatt, B. A. (2012). Prospective study of cannabis use in adolescents at clinical high risk for psychosis: Impact on conversion to psychosis and functional outcome. *Psychological Medicine*, 42(12), 2485–2497. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000803>
- Avia Aranda, M. D., Vázquez Valverde, C. y Seligman, M. E. P. (2011). *Optimismo inteligente: psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Avilés Martínez J. M., (2013). *Bullying y Cyberbullying: apuntes para la elaboración de un proyecto antibullying. Convives acoso entre iguales. Ciberacoso*, 4-15.
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., ... Saiz Ruiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., ... Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(3), 167–176. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004>
- Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., García Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Oquendo, M. A., ... De León, J. (2005). Suicide attempts and impulsivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(2), 152–156. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0549-3>
- Baek, J. H., Eisner, L. R. y Nierenberg, A. A. (2013). Smoking and suicidality in subjects with bipolar disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Depression and Anxiety*, 30(10), 982-990. <https://doi.org/10.1002/da.22107>
- Balázs, J., Miklosi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., ... Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(6), 670–677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>
- Bannink, R., Broeren, S., van de Looij-Jansen, P. M., de Waart, F. G. y Raat, H. (2014).

- Cyber and traditional bullying victimization as a risk factor for mental health problems and suicidal ideation in adolescents. *PLoS ONE*, 9(4), e94026. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094026>
- Banzer, R., Haring, C., Buchheim, A., Oehler, S., Carli, V., Hoven, C. W., ... Wasserman, D. (2015). Risk factors and comorbidities for occasional and daily smoking in european adolescents: Results of the Seyle Project. *European Psychiatry*, 30, 515. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30404-1](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30404-1)
- Barchia, K. y Bussey, K. (2010). The psychological impact of peer victimization: Exploring social-cognitive mediators of depression. *Journal of Adolescence*, 33(5), 615–623. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.12.002>
- Barkl, S. J., Lah, S., Harris, A. W. F. y Williams, L. M. (2014). Facial emotion identification in early-onset and first-episode psychosis: A systematic review with meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 159(1), 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.049>
- Barrantes-Vidal, N., Grant, P. y Kwapil, T. R. (2015). The role of schizotypy in the study of the etiology of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 41(2), 408–416. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu191>
- Barrantes-Vidal, N., Lewandowski, K. E. y Kwapil, T. R. (2010). Psychopathology, social adjustment and personality correlates of schizotypy clusters in a large nonclinical sample. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 219–225. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.01.006>
- Bearden, C. E., Meyer, S. E., Loewy, R. L., Niendam, T. A. y Cannon, T. D. (2015). The neurodevelopmental model of schizophrenia: Updated. In *Developmental Psychopathology*, 542–569. Hoboken, NJ, USA: John Wiley and Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch14>
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A. y Pelayo-Delgado, E. (2005). Risk and protective factors for drug abuse in adolescents. A longitudinal research. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005, 33(6), 352-358.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Becoña Iglesias, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125–146.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>

- Benson, P. L., Mannes, M., Pittman, K. y Ferber, T. (2004). Youth development, developmental assets, and public policy. En *Handbook of adolescent psychology*, (2ª ed.), (pp.781–814). Hoboken, Nueva York: R.M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), John Wiley.
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F. y Sesma, A. (2007). Positive youth development: Theory, research, and applications. En Damon W. y Lerner R.M., *Handbook of Child Psychology: Theoretical models of human development, Volume 1*(6ª ed.), (pp.894-941). Hoboken, NJ, USA: John Wiley and Sons, Inc.
<https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0116>.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>
- Bobes, J., Iglesias, C., Paz, M., González, G., Pelayo-terán, J. M., Teresa, M. y Trevi, L. J. (2013). Evolución de la prevalencia administrativa de los trastornos mentales durante 13 años en Asturias (norte de España), *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 6(2), 60–66.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.10.002>
- Bobes García, J., Ubago, J. G. y Saiz Ruiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: triacastela.
- Bond, L., Carlin, J. B., Thomas, L., Rubin, K. y Patton, G. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *Bmj*, 323(7311), 480–484.
<https://doi.org/10.1136/bmj.323.7311.480>
- Bousoño, M., Al-halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, M., Galván, G., ... Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, 29(2), 97–104.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.811>
- Brown, A. S., Cohen, P., Harkavy-Friedman, J., Babulas, V., Malaspina, D., Gorman, J. M. y Susser, E. S. (2001). Prenatal rubella, premorbid abnormalities, and adult schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 49(6), 473–486. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01068-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01068-X)
- Buchy, L., Perkins, D., Woods, S. W., Liu, L. y Addington, J. (2014). Impact of substance use on conversion to psychosis in youth at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 156(2-3), 277–280. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.021>

- Buelga, S., Cava, M. J. y Musitu, G. (2010). *Cyberbullying: victimización entre adolescentes a través del teléfono móvil y de internet*. *Psicothema*, 22(4), 784–789. <https://doi.org/10.5093/in2012v21n1a2>
- Buelga, S., Ortega, J. y Torralba, E. (2014). Influencia del *cyberbullying* en la autoestima académica y percepción del clima escolar en estudiantes de enseñanza secundaria. En *Envolvimento dos alunos na escola: perspectivas internacionais da psicologia e educação*. Lisboa: Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.
- Buscaglia, L., O'sullivan, M., Rainsford, M. y Sihera, N. (2011). *Suicide Prevention in the community a practical guide health service executive (2011)*. Recuperado de <https://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HSP00849.pdf>
- Calafat, A., Roig, D. A., Jerez, M. J. y Franzke, N. T. B. (2008). Relación entre el consumo de alcohol, drogas y accidentes de tráfico relacionados con la vida nocturna entre una muestra de jóvenes españoles en tres comunidades autónomas en 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82(2), 323–331. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272008000300008>
- Calmaestra, J., Escorial, A., García, P., Moral, C. del, Perazzo, C. y Ubrich, T. (2016). Yo a eso no juego. *Bullying y cyberbullying en la infancia*. *Save the Children*, 1–132. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf
- Cannon, T. D. (2005). Clinical and genetic high-risk strategies in understanding vulnerability to psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 35–44. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.06.014>
- Cano-Montalbán, I. y Quevedo-Blasco, R. (2018). Sociodemographic variables most associated with suicidal behaviour and suicide methods in Europe and America. A Systematic Review. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 15–25. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a2>
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Madrid: Paidós.
- Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., ... Wasserman, D. (2014). A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: Findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13(1), 78–86. <https://doi.org/10.1002/wps.20088>
- Caro Berguilla, Y., Cestafe Martínez, C., Fonseca Predero, E., Garraleta Calvo, J., Gutiérrez

- Gamarra, M., Khalil Kassem, H., ... Santolalla Arnedo, I. (2016). *III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja*. La Rioja. Disponible en <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/salud-mental/2627-plan-de-salud-mental-la-rioja-2016-2020>
- Casas, F., Sarriera, J. C., Alfaro, J., González, M., Figuer, C., Abs, D., ... Oyarzún, D. (2014). Satisfacción escolar y bienestar subjetivo en la adolescencia: poniendo a prueba indicadores para su medición comparativa en Brasil, Chile y España. *Suma Psicológica*, 21(2), 70–80. [https://doi.org/10.1016/s0121-4381\(14\)70009-8](https://doi.org/10.1016/s0121-4381(14)70009-8)
- Castellón Leal, E., Ibern Regàs, P., Gili Planas, M., Lahera Forteza, G., Sanz González, J. y Saiz Ruiz, J. (2016). Management of depression in the work setting: Key recommendations. *Psiquiatría Biológica*, 23(3), 112–117. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.08.003>
- Castellvi-Obiols, P. y Piqueras Rodríguez, J. A. (2019). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45-59.
- Castro Solano, A., Cosentino, A. y Pawelski, J. (2010). *Fundamentos de psicología positiva*. Madrid: Paidós.
- Catalá-López, F., Génova-Maleras, R., Álvarez-Martín, E., Fernández de Larrea-Baz, N. y Morant-Ginestar, C. (2013). Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(2), 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.002>
- Centre for Mental Health. (2009). The economic and social costs of mental health problems in 2009/10, 10, 1–4. Disponible en <http://www.centreformentalhealth.org.uk/economic-and-social-costs-2009>
- Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Salud Mental. (2015). Plan Estratégico 2014-2016. *PhD Proposal*, 1, 7–23. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Cid H, P., Stieповich B, J. y Merino E, J. M. (2006). Biological and psychosocial factors that predict health promoting lifestyles. *Revista Médica de Chile*, 134(12), 1491–1499. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872006001200001>
- Clark, L. A., Watson, D. y Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 103-116. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.103>

- Cohen, P. (2008). Child development and personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 477–493. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.005>
- Copeland, W. E., Adair, C. E., Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Colman, I., ... Angold, A. (2013). Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(7), 791-799. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12062>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J. y Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 764-772. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A. y Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 419. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.504>
- Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E. J. y Angold, A. (2011). Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: A prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 252–261. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.014>
- Costello, E. J., Foley, D. L. y Angold, A. (2006). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8–25. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000184929.41423.c0>
- Cross, E.-J., Piggan, R., Douglas, T. y Vonkaenel-Flatt, J. (2012). Virtual Violence II: Progress and challenges in the fight against Cyberbullying, 52. Recuperado de <http://www.beatbullying.org/pdfs/Virtual-Violence-II.pdf>
- Damon, W. (2004). What Is positive youth development? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 13–24. <https://doi.org/10.1177/0002716203260092>
- De Alwis, D., Lynskey, M. T., Reiersen, A. M. y Agrawal, A. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC. *Addictive Behaviors*, 39(8), 1278–1285. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.003>
- De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y atención inicial de la ideación suicida*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Debbané, M., Eliez, S., Badoud, D., Conus, P., Fluckiger, R. y Schultze-Lutter, F. (2015). Developing psychosis and its risk states through the lens of schizotypy. *Schizophrenia*

- Bulletin*, 41(2), 396–407. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu176>
- Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., ... van der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): A multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 427–436. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3)
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dias, P. C., Bastos, A. S., Marzo, J. C. y García del Castillo Rodríguez, J. A. (2016). Bienestar, calidad de vida y regulación afectiva en adolescentes portugueses. *Atención Primaria*, 48(7), 432–439. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.005>
- Díaz-Aguado Jalón, M. J., Martínez Arias, R. y Martín Babarro, J. (2010). *Estudio estatal sobre la convivencia escolar en la educación secundaria obligatoria*. Madrid: Ministerio de Educación.
- Díaz-Atienza, A. y Cuesta, P. (2004). Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4, 10–19.
- Díaz Oñoro, J. M., Martínez, M. y Vázquez Vera, L. A. (2011). Una educación resiliente para prevenir e intervenir la violencia escolar. *Itinerario Educativo*, 25(57), 121. <https://doi.org/10.21500/01212753.1437>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Domino, M. E., Burns, B. J., Mario, J., Reinecke, M. A., Vitiello, B., Weller, E. B., ... March, J. S. (2009). Service use and costs of care for depressed adolescents: Who uses and who pays? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(6), 826–836. <https://doi.org/10.1080/15374410903259023>
- Doty, J. L., Gower, A. L., McMorris, B. J. y Borowsky, I. W. (2017). Explaining patterns of bullying and sexual harassment involvement: connections matter. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 3–4. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.029>
- Doyle, L., Treacy, M. P. y Sheridan, A. (2015). Self-harm in young people: Prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 485–494. <https://doi.org/10.1111/inm.12144>

- Due, P., Holstein, B. E., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhain, S. N., Scheidt, P. y Currie, C. (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: International comparative cross sectional study in 28 countries. *The European Journal of Public Health*, 15(2), 128–132. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki105>
- Durand, V. y Hennessey, J. (2013). Bullying and substance use in children and adolescents. *Journal of Addiction Research and Therapy*, 4, 158. <https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000158>
- Ebesutani, C., Regan, J., Smith, A., Reise, S., Higa-McMillan, C. y Chorpita, B. F. (2012). The 10-item Positive and Negative Affect Schedule for Children, child and parent shortened versions: Application of item response theory for more efficient assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(2), 191–203. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9273-2>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117–126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Educación, L. O. de. (2006). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de mayo de 2006, núm. 106, pp. 17158-17207.
- EMCDDA. (2018). *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y Novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Engel, G. I. (1977). Biology and the nature of science: Unification of the sciences can be most meaningfully sought through study of the phenomena of life. *Science*, 139(3550), 81–88. <https://doi.org/10.1126/science.139.3550.81>
- Ericson, M., Tuvblad, C., Raine, A., Young-Wolff, K. y Baker, L. A. (2011). Heritability and longitudinal stability of schizotypal traits during adolescence. *Behavior Genetics*, 41(4), 499–511. <https://doi.org/10.1007/s10519-010-9401-x>
- FEAFES. (2006). *FEAFES Día Mundial de la Salud Mental; enfermedad mental y suicidio*. Disponible en www.feafes.com
- Fekkes, M., Pijpers, F. I. M. y Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *The Journal of Pediatrics*, 144(1), 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2003.09.025>
- Feldman, L., Gonçalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. y de Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento

- académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Ridder, E. M. (2005). Tests of causal linkage between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction*, 100, 354–366. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.001001.x>
- Ferragut, M. y Fierro, A. (2012). Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(3), 95–104.
- Filippetti, V. y López, M. (2013). Las funciones ejecutivas en la clínica neuropsicológica infantil. *Psicología desde El Caribe*, 30(2), 380–415.
- Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Houts, R. M., Belsky, D. W., Arseneault, L. y Caspi, A. (2012). Bullying victimization and risk of self harm in early adolescence: Longitudinal cohort study. *BMJ*, 344, e2683. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2683>
- Folgar, M. I., Rivera, F. F., Sierra, J. C. y Vallejo-Medina, P. (2015). Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2015.05.001>
- Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2018). *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico*. Madrid: Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E. y Debbané, M. (2017). Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update. *Psicothema*, 29(1), 5–17. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.209>
- Fonseca-Pedrero, E., Debbané, M., Ortuño-Sierra, J., Chan, R. C. K., Cicero, D. C., Zhang, L. C., ... Jablensky, A. (2018). The structure of schizotypal personality traits: A cross-national study. *Psychological Medicine*, 48(3), 451–462. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001829>
- Fonseca-Pedrero, E. y Díez, A. (2018). Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *Injuve*, 120(1), 35–46.
- Fonseca-Pedrero, E., Fumero, A., Paino, M., de Miguel, A., Ortuño-Sierra, J., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2014). Schizotypal Personality Questionnaire: New sources of validity evidence in college students. *Psychiatry Research*, 219(1), 214–220. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.054>
- Fonseca-Pedrero, E. y Inchausti, F. (2018). Update on the prevention of psychotic spectrum

- disorders. *Papeles del Psicólogo*, 39(2), 127–139. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2860>
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M^a. Á., ... Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2018). Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M. y Muñiz, J. (2011). Schizotypy, emotional-behavioural problems and personality disorder traits in a non-clinical adolescent population. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 316–321. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.007>
- Fonseca-Pedrero, E., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Inchausti, F. y Ortuño-Sierra, J. (2019). Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de cannabis en adolescentes de la población general Psychotic-like experiences and cannabis use in adolescents from the general population. *Adicciones*, Avance de publicación on-line. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1149>
- Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Paino, M. y Muñiz, J. (2016). Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de sustancias en universitarios. *Adicciones*, 28(3), 144–153. <https://doi.org/10.20882/adicciones.781>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 15–25. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10348>
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. New York: Three Rivers Press.
- Fredrickson, B. L. y Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172–175. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00431>
- Frías, Á., Carrasco, Á., Fernández, M. J., García, A. y García, B. (2009). Comorbilidad entre trastorno de conducta y depresión mayor en la adolescencia: prevalencia, teorías explicativas y estatus nosológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(1), 1–16. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.1.2009.4062>
- Fumero, A., Marrero, R. J. y Fonseca-Pedrero, E. (2018). Well-being in schizotypy: The effect

- of subclinical psychotic experiences. *Psicothema*, 30(2), 177–182. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.100>
- Fumero, A., Santamaría, C. y Navarrete, G. (2009). Predisposición al consumo de alcohol y drogas en personas vulnerables a la esquizofrenia. *Revista de Neurología*, 49, 8. <https://doi.org/10.33588/rn.4901.2008672>
- Fundación ANAR; Fundación Mutua Madrileña. (2017). *Estudio sobre acoso escolar y cyberbullying según los afectados*. Madrid: Fundación Mutua Madrileña.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., ... María Haro, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494–500. <https://doi.org/10.1157/13111370>
- Gage, S. H., Hickman, M. y Zammit, S. (2016). Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. *Biological Psychiatry*, 79(7), 549–556. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.001>
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del *cyberbullying*: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 233–254.
- Garaigordobil, M., Martínez-Valderrey, V. y Aliri, J. (2013). Autoestima, empatía y conducta agresiva en adolescentes víctimas de *bullying* presencial. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 3(1), 29–40. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v3i1.21>
- Garaigordobil, M. y Oñederra, J. (2010). Inteligencia emocional en las víctimas de acoso escolar y en los agresores. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 243–256. <https://doi.org/10.1989/ejep.v3i2.63>
- Garaigordobil Landazabal, M. (2018). Cibervictimización durante la adolescencia: reflexiones sobre un fenómeno en crecimiento y estrategias de intervención. *Injuve*, 121, 61–76.
- Garaigordobil, Martínez, V., Maganto, C., Bernarás, E. y Jaureguizar, J. (2016). Efectos de Cyberprogram 2.0 en factores del desarrollo socioemocional. *Pensamiento Psicológico*, 14(1), 33–47. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi14-1.ecfd>
- Garbanzo Vargas, G. M. (2007). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 31(1), 43–63. <https://doi.org/10.31206/rmdo072018>

- García Martín, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18–39.
- Gloppen, K. M., McMorris, B. J., Gower, A. L. y Eisenberg, M. (2016). Bullying, emotional distress, and suicidality among american indian youth. *Journal of Adolescent Health*, 58(2), 60–61. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.10.133>
- Gold, D. R., Wang, X., Wypij, D., Speizer, F. E., Ware, J. H. y Dockery, D. W. (1996). Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *New England Journal of Medicine*, 335(13), 931–937. <https://doi.org/10.1056/NEJM199609263351304>
- Gonzalvo, B., Barral, C. y Roncero, O. E. C. (2011). Comorbilidad psiquiátrica en adolescentes consumidores de cannabis. *Trastornos Adictivos*, 13(3), 109–112. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(11\)70023-x](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(11)70023-x)
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, 377(9783), 2093–2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)
- Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Guitart, A. M., Bartroli, M., Villalbí, J. R., Guilañá, E., Castellano, Y., Espelt, A. y Brugal, M. T. (2012). Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de Barcelona. *Revista Española de Salud Pública*, 86(2), 189–198. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272012000200007>
- Gurillo, P., Jauhar, S., Murray, R. M. y MacCabe, J. H. (2015). Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 2(8), 718–725. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00152-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00152-2)
- Gutiérrez, M. y Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*, 30(2), 608–619. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131>
- Harhay, M. O. y King, C. H. (2012). Global burden of disease in young people aged 10-24 years. *Lancet*, 379(9810), 27–28. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60019-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60019-1)
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. y Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in

- adolescents: Self report survey in schools in England. *BMJ*, 325(7374), 1207–1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>
- Hertz, M. F., Donato, I. y Wright, J. (2013). Bullying and suicide: A public health approach. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 5–7. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.05.002>
- Hides, L., Lubman, D. I., Buckby, J., Yuen, H. P., Cosgrave, E., Baker, K. y Yung, A. R. (2009). The association between early cannabis use and psychotic-like experiences in a community adolescent sample. *Schizophrenia Research*, 112(1-3), 130–5. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.04.001>
- Hinduja, S. y Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of Suicide Research*, 14(3), 206–221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.494133>
- Huckins, L. M., Rees, D., Sabia, J., Kovandzic, T., Nuttbrock, L. y Church, J. (2017). Linking cannabis use to depression and suicidal thoughts and behaviours. *The Lancet. Psychiatry*, 104(9), 2369–2376. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30311-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30311-5)
- Hunt, J. y Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>
- Inglés, C. J., González C., García-Fernández, J. M., Vicent, M. y Sanmartín, R. (2016). Estudio correlacional entre el afecto negativo y el rechazo escolar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(1), 95-102. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.272>
- Inglés, C. J. y Martínez-González, A. E. (2012). La conducta prosocial y el autoconcepto de estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *Revista de Psicodidáctica*, 17(1), 135–156. <https://doi.org/10.30552/ejep.v6i1.88>
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). Defunciones según la causa de muerte año 2015. *Instituto Nacional de Estadística*, 2015, 1–7. Recuperado de http://www.ine.es/prensa/edcm_2015.pdf
- Inzunza, J. A., Valdenegro Egozcue, B. y Oyarzún Gómez, D. (2013). Psychometric properties analysis of the Personal Well-Being Index in a sample of Chilean adolescents. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(1), 13–27.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los

- trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67–77.
<https://doi.org/10.4321/s0211-57352004000100005>
- Juvonen, J., Graham, S. y Schuster, M. A. (2003). Bullying among young adolescents: The strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics*, 112(6), 1231–1237.
<https://doi.org/10.1542/peds.112.6.1231>
- Kaltiala-Heino, R. y Fröjd, S. (2011). Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2, 37–44.
<https://doi.org/10.2147/AHMT.S11554>
- Kaltiala-Heino, R., Fröjd, S. y Marttunen, M. (2010). Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 45–55. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0039-2>
- Kelleher, I., Connor, D. y Clarke, M. C. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine*, 42, 1857–1863.
<https://doi.org/10.1017/s0033291711002960>
- Kelly, E. V., Newton, N. C., Stapinski, L. A., Slade, T., Barrett, E. L., Conrod, P. J. y Teesson, M. (2015). Concurrent and prospective associations between bullying victimization and substance use among australian adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.06.012>
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Mezuk, B., Sundquist, K. y Sundquist, J. (2016). A Swedish national prospective and co-relative study of school achievement at age 16, and risk for schizophrenia, other nonaffective psychosis, and bipolar illness. *Schizophrenia Bulletin*, 42(1), 77–86. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv103>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. y Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–64. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Kowalski, R. M. y Limber, S. P. (2013). Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 13–20.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.018>
- Lemos Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio a fondo. *Papeles del Psicólogo*, 24, 19–28.

- Lerner, R. (2005). *Promoting positive youth development: Theoretical and empirical bases*. National Research Council/Institute of Medicine. Washington DC: National Academies of Science.
- Lerner, R. M., Roeser, R. W. y Phelps, E. (2008). *Positive youth development and spirituality: From theory to research*. West Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press.
- Levine, A., Clemenza, K., Rynn, M. y Lieberman, J. (2017). Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(3), 214–225.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.014>
- Lewis, D. A. y Levitt, P. (2002). Schizophrenia as a Disorder of Neurodevelopment. *Annual Review of Neuroscience*, 25(1), 409–432.
<https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.25.112701.142754>
- Lezak, M. D. (2012). *Neuropsychological assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- Limonero J.T, Tomás-Sábado J., Fernández-Castro J., Gómez-Romero M.J., Ardilla-Herrero A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 20, 183-196.
- Linscott, R. J. y van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: On the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43(6), 1133–1149.
<https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>
- Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C. y Li, T. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 66, 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.023>
- Loinaz, I., Echeburúa, E. y Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19(2), 421–438.
- López-Gómez, I., Hervás, G. y Vázquez, C. (2015). Adaptación de la “Escala de Afecto Positivo y Negativo” (PANAS) en una muestra general española, *Behavioral Psychology/Psicología Conductual* 23(3), 529–548.
- López-Larrosa, S. y Rodríguez-Arias Palomo, J. L. (2012). Factores de riesgo y de protección

- en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 25–33.
- MacCabe, J. H., Wicks, S., Löfving, S., David, A. S., Berndtsson, Å., Gustafsson, J.-E., ... Dalman, C. (2013). Decline in cognitive performance between ages 13 and 18 years and the risk for psychosis in adulthood a swedish longitudinal cohort study in males. *JAMA Psychiatry*, 70(310), 261–270. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.43>
- Malone, D. T., Hill, M. N. y Rubino, T. (2010). Adolescent cannabis use and psychosis: Epidemiology and neurodevelopmental models. *British Journal of Pharmacology*, 160(3), 511–522. <https://doi.org/10.1111/j.1476-5381.2010.00721.x>
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819–828. <https://doi.org/10.1038/nrn1220>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies. *JAMA*, 294(16), 2064-2074. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., ... John, A. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PloS One*, 12(8), e0181722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>
- Marconi, A., Di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M. y Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(5), 1262–1269. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw003>
- Martínez-Antón, Buelga, C. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología*, 38(2), 293–303.
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98–109. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70397-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70397-2)
- McDaid, D. (2008). Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe. *European Commission*, 1–20. Recuperado de https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/stigma_paper_en.pdf
- McGee, T. R., Hayatbakhsh, M. R., Bor, W., Aird, R. L., Dean, A. J. y Najman, J. M. (2015). The impact of snares on the continuity of adolescent-onset antisocial behaviour: A test of Moffitt's developmental taxonomy. *Australian and New Zealand Journal of*

- Criminology*, 48(3), 345-366. <https://doi.org/10.1177/0004865815589828>
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17(12), 827–838. <https://doi.org/10.1037/h0041029>
- Mejía, M., Sanhueza, P. y González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza.com*, 8, 15–25.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2016, realizada a estudiantes de 14 a 18 años*. España: Delegación Nacional del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Encuesta Sobre Uso de Drogas En Enseñanzas Secundarias En España (ESTUDES), 1994-2018*. España: DGPNSD.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Avalia-t. España: Consellería de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Encuesta Nacional de Salud de España 2011–2012*. España: Instituto Nacional de Estadística.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD)*. España: DGPNSD.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2016). *Encuesta Estatal Sobre Uso De Drogas En Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2014*. España: DGPNSD.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, 1-184. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Minozzi, S., Davoli, M., Bargagli, A. M., Amato, L., Vecchi, S. y Perucci, C. A. (2009). An overview of systematic reviews on cannabis and psychosis: Discussing apparently conflicting results. *Drug and Alcohol Review*, 29(3), 304–317. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00132.x>
- Mishna, F., Khoury-Kassabri, M., Gadalla, T. y Daciuk, J. (2012). Risk factors for involvement in cyber bullying: Victims, bullies and bully-victims. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.08.032>
- Moñino García, M., Piñero Ruiz, E., Areñse, J. y Fuensanta, C. (2013). Violencia escolar y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de Educación Secundaria. *European Journal*

- of Investigation in Health, Psychology and Education*, 3(2), 137–147. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v3i2.45>
- Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D. y Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 60. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>
- Moore, T. H. M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R. E., Jones, P. B., Burke, M. y Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319–328. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61162-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61162-3)
- Moral De la Rubia, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *Ciencia Ergo Sum*, 18(2), 117–125.
- Moreno, L. M. (2018). *Informe ESTUDES 2018: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Morisano, D., Bacher, I., Audrain-McGovern, J. y George, T. P. (2009). Mechanisms underlying the comorbidity of tobacco use in mental health and addictive disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(6), 356–367. <https://doi.org/10.1177/070674370905400603>
- Morocho Quezada, M. E. (2015). *Modelización multinivel del rendimiento académico universitario* (Tesis doctoral inédita). Sevilla: Universidad de Sevilla. Disponible en <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/30400>
- Morton, S. E., O'Hare, K. J. M., Maha, J. L. K., Nicolson, M. P., Machado, L., Topless, R., ... Linscott, R. J. (2017). Testing the validity of taxonic schizotypy using genetic and environmental risk variables. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 633–643. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw108>
- Motors, G. y Europe, W. (2013). *Well-being in post-primary schools*. Ireland: Department of Education and Skills, Health Service Executive and Department of Health.
- Mrazek y Haggerty. (1994). *Reducing risks for mental disorders*. Washington, DC.: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/2139>
- Mulligan, R. C., Reiersen, A. M. y Todorov, A. A. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder, autistic traits, and substance use among Missouri adolescents HHS public

- access. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*, 2(2), 86–92. <http://dx.doi.org/10.21307/sjcapp-2014-012>
- Munafò, M. R., Larsson Lönn, S., Sundquist, J., Sundquist, K. y Kendler, K. (2016). Snus use and risk of schizophrenia and non-affective psychosis. *Drug and Alcohol Dependence*, 164, 179–182. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.035>
- Murillo, M. A. (2008). *Variables que influyen en el rendimiento académico en la Universidad*. España, Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Departamento MIDE (Métodos de Investigación y Diagnóstico En Educación), 1–17.
- Murray, R. M., Lewis, S. W. y Lecturer, L. (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *British Medical Journal*, 295(6600), 681–682. <https://doi.org/10.1136/bmj.295.6600.681>
- Musitu, G. y Cava, M. J. (2002). The role of social support in the adjustment of adolescents. *Intervención Psicosocial* 12(2), 179-192.
- Mustonen, A. (2018). *Adolescent substance use and risk of psychosis in the Northern Finland Birth Cohort 1986*. Doctoral Dissertation. Oulu: University of Oulu.
- Naghavi, M., Abajobir, A. A., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abera, S. F., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1151–1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)
- Najolia, G. M., Buckner, J. D. y Cohen, A. S. (2012). Cannabis use and schizotypy: The role of social anxiety and other negative affective states. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 660–668. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.042>
- Narváez Rodríguez, D. A. y Caro Jesús, E. (2015). Impulsividad funcional y disfuncional en adolescentes consumidores de alcohol. *Revista Electrónica de Psicología Izatacala*, 18(2), 539–563.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids*. Washington, D.C.: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24625>
- Navarro, R. E. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 1(2),

1-15.

- Needham, B. L., Crosnoe, R. y Muller, C. (2004). Academic failure in secondary school: The inter-related role of health problems and educational context. *Social Problems*, 51(4), 569–586. <https://doi.org/10.1525/sp.2004.51.4.569>
- Niemelä, S., Brunstein-Klomek, A., Sillanmäki, L., Helenius, H., Piha, J., Kumpulainen, K., ... Sourander, A. (2011). Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males. A nationwide prospective study. *Addictive Behaviors*, 36(3), 256–260. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.10.012>
- Nocito Muñoz, G. (2017). Investigaciones sobre el acoso escolar en España: implicaciones psicoeducativas. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía REOP* (1), 104-118. <https://doi.org/10.5944%2Freop.vol.28.num.1.2017.19361>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Ronald, C. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002.Suicide>
- Nuechterlein, K. H. y Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), 300–312. <https://doi.org/10.1093/schbul/10.2.300>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2017). *Informe del país sobre drogas 2017*. España: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 1–21.
- OECD Health Division. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018*. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A. y Pertegal, M. A. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 223–234. <https://doi.org/10.1174/021037010791114562>
- Olweus, D. y Filella, R. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.
- OMS. (1997). Cannabis: a health perspective and research agenda. *Report*, 1–50. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63691>
- OMS. (2000). *Guía internacional para vigilar el consumo del alcohol y sus consecuencias sanitarias*. Organización Panamericana de La Salud, IV (consumo de alcohol y sus consecuencias), 1–193. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/monitoring_alcohol_consumption_spa

[nish.pdf](#)

- OMS. (2001). *Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional*, 1-15. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- OMS. (2004). *Promoción de la Salud Mental. Conceptos. Evidencia emergente. Práctica*, 1-60. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- OMS. (2005). *Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Union Europea en materia de salud mental*. Bruselas: Comisión de Las Comunidades Europeas. Recuperado de https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- OMS. (2010). *Estrategia y Plan de acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- OMS. (2013). 66° Asamblea Mundial de la Salud. Decisiones y repercusiones, 20–25. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf
- OMS. (2014a). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Ginebra: OMS. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second-decade/en/
- OMS. (2014b). *Prevención del suicidio suicidio, un imperativo global*. Geneva, Switzerland: OMS. Disponible en https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
- OMS. (2015). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015*. Geneva, Switzerland: OMS. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/156262>
- OMS. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Copenhagen: OMS, Regional office for Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf

- OMS. (2018). *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países, 1-176*. Washington, D.C.: OPS. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49181>
- OMS. (2019). Cifras Suicidio OMS., 2019. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- ONU. (2019). *Informe de Los Objetivos Del Desarrollo Sostenible 2019*, 1-64. Nueva York: ONU. Recuperado de https://ods.org.mx/docs/doctos/SDG_Report2019_es.pdf
- Oquendo, M. A., Currier, D., Liu, S.-M., Hasin, D. S., Grant, B. F. y Blanco, C. (2010). Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 902–909. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05198gry>
- Orjuela López, L., Cabrera de los Santos Finalé, B., Calmaestra Villén, J., Mora-Merchán, J. A. y Ortega-Ruíz, R. (2014). *Acoso escolar y ciberacoso: propuestas para la acción*. Madrid: Save the Children.
- Ortega, R., Calmaestra, J. y Merchán, M. y J. (2008). Cyberbullying. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 183–192. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.3343>
- Ortuño-Sierra, J. (2014). *Evaluación del ajuste emocional y comportamental en el contexto escolar* (Tesis doctoral). La Rioja: Universidad de La Rioja.
- Ortuño-Sierra, J., Bañuelos, M., De Albéniz, A. P., Molina, B. L. y Fonseca-Pedrero, E. (2019). The study of Positive and Negative Affect in children and adolescents: New advances in a Spanish version of the PANAS. *PLoS ONE*, 14(8): e0221696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221696>
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F. y Sastre I Riba, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: el cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 14–26.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M. y Aritio-Solana, R. (2014). Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 121-130. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.12.003>

- Pacheco, B. y Peralta, P. (2015). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 40(1), 47–55. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v40i1.38>
- Paniagua Repetto, H., García Calatayud, S., Castellano Barca, G., Sarrallé Serrano, R. y Redondo Figuero, C. (2001). Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *Anales de Pediatría*, 55(2), 121–128. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(01\)77647-3](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(01)77647-3)
- Pérez-Fuentes, Álvarez-Bermejo, J. A., Molero, M. del M., Gázquez, J. J. y López Vicente, M. A. (2011). Violencia Escolar y Rendimiento Académico (VERA): aplicación de realidad aumentada. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(2), 71–84.
- Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez, J. J., Mercader, I., Molero, M. M., Mar, M. y Rubira, G. (2011). Rendimiento académico y conductas antisociales y delictivas en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 401–412.
- Pérez Gálvez, B. (2014). Prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol. En Andoni Anseán (coord), *Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp. 611–630). España: Fundación Salud Mental España.
- Perren, S., Dooley, J., Shaw, T. y Cross, D. (2010). Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in swiss and australian adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-28>
- Piaget, J. (1972). El crecimiento del pensamiento lógico de la niñez a la adolescencia. Madrid: Paidós.
- Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr.*, 42(3), 125–132.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

- Radliff, K. M., Wheaton, J. E., Robinson, K. y Morris, J. (2012). Illuminating the relationship between bullying and substance use among middle and high school youth. *Addictive Behaviors*, 37(4), 569–572. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.01.001>
- Radua, J., Ramella-Cravaro, V., Ioannidis, J. P. A., Reichenberg, A., Phiphophatsanee, N., Amir, T., ... Fusar-Poli, P. (2018). What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(1), 49–66. <https://doi.org/10.1002/wps.20490>
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), 555–564. <https://doi.org/10.1093/schbul/17.4.555>
- Raine, A. (2006). Schizotypal Personality: Neurodevelopmental and Psychosocial Trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2(1), 291–326. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095318>
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*, 23ª ed. Madrid: Espasa.
- Redondo, J. y Inglés-Saura, C. (2009). *Conducta prosocial. Atribuciones causales y rendimiento académico en adolescentes*. Elche: Institucion Universitaria CESMAG.
- Rehm, J. y Shield, K. D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P. y Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse and Neglect*, 34(4), 244–252. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.009>
- Reina, C., Oliva, A. y Parra, Á. (2017). Percepciones de autoevaluación: autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society y Education*, 2(1), 55. <https://doi.org/10.25115/psye.v2i1.435>
- Riala, K., Hakko, H., Isohanni, M., Pouta, A. y Räsänen, P. (2005). Is initiation of smoking associated with the prodromal phase of schizophrenia? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(1), 26–32.
- Rivers, I., Poteat, V. P., Noret, N. y Ashurst, N. (2009). Observing bullying at school: The mental health implications of witness status. *School Psychology Quarterly*, 24(4), 211–223. <https://doi.org/10.1037/a0018164>

- Roncero, C. y Casas, M. (2016). Consumo de cannabis y psicopatología. En C. Roncero y M. Casas (Eds), *Patología dual* (pp. 40–50). Barcelona, España: Marge Medica Books.
- Rosselló, J. y Hernández, M. N. B. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2), 295–302.
- Rubio Gómez, M. J. B. (2009). *Nuevas orientaciones y metodología para la educación a distancia*. Loja, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja UTPL.
- Ruiz López, H. R., Villa Beltrán, A. P. y Timbe Ávila, D. F. (2018). Perfiles de pacientes asociados con intento de suicidio impulsivo que acudieron al hospital Homero Castanier Crespo de ciudad de Azogues en el periodo 2010-2012. *Innova Research Journal*, 3(4), 129–138. <https://doi.org/10.33890%2FInnova.v3.n4.2018.661>
- Ryff, C. D., Lee, C. y Keyes, M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037%2F0022-3514.69.4.719>
- Saha, S., Scott, J. G., Varghese, D., Degenhardt, L., Slade, T. y McGrath, J. J. (2011). The association between delusional-like experiences, and tobacco, alcohol or cannabis use: A nationwide population-based survey. *BMC Psychiatry*, 11(1), 202. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-202>
- Sáiz, P. A. y Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.003>
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 181–192.
- Sánchez, F. C., Navarro-Zaragoza, J., Ruiz-Cabello, A. L., Romero, M. F. y Maldonado, A. L. (2017). Asociación entre victimización por bullying y consumo de sustancias entre la población universitaria de España. *Adicciones*, 29(1), 22–32. <https://doi.org/10.20882/adicciones.827>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51. <https://doi.org/ISSN 0214-9915>

- Sansone, R. A. y Sansone, L. A. (2008). Bully victims: Psychological and somatic aftermaths. *Psychiatry*, 5(6), 62–64.
- Sanz Rodríguez, L. J., Gómez García de la Pedrosa, M., Almendro Marín, M. T., Rodríguez Campos, C., Izquierdo Núñez, A. M. y Sánchez del Hoyo, P. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XXIX(104), 501–521. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352009000200015>
- Schubart, C. D., van Gastel, W. A., Breetvelt, E. J., Beetz, S. L., Ophoff, R. A., Sommer, I. E. C., ... Boks, M. P. M. (2011). Cannabis use at a young age is associated with psychotic experiences. *Psychological Medicine*, 41(6), 1301–1310. <https://doi.org/10.1017/S003329171000187X>
- Sendino, R., Álvares, E., Brime, B., Llorens, N., Ruiz, A. y Sánchez, E. (2016). *Informe 2016: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. España, Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.
- Shakoor, S., Zavos, H. M. S., Haworth, C. M. A., McGuire, P., Cardno, A. G., Freeman, D. y Ronald, A. (2016). Association between stressful life events and psychotic experiences in adolescence: Evidence for gene-environment correlations. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 208(6), 532–538. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.159079>
- Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23), 43–72.
- Sticca, F. y Perren, S. (2013). Is cyberbullying worse than traditional bullying? Examining the differential roles of medium, publicity, and anonymity for the perceived severity of bullying. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(5), 739–750. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9867-3>
- Suhrcke M., de Paz Nieves C. (2011). *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in highincome countries: A review of the evidence*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Tejedor Tejedor, F. (2003). Poder explicativo de algunos determinantes del rendimiento en los estudios universitarios. *Revista Española de Pedagogía*, 61(224), 5–32.
- Tempelaar, W. M., Otjes, C. P., Bun, C. J., Plevier, C. M., van Gastel, W. A., MacCabe, J. H., ... Boks, M. P. M. (2014). Delayed school progression and mental health problems in

- adolescence: A population-based study in 10,803 adolescents. *BMC Psychiatry*, 14, 244. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0244-5>
- Tokunaga, R. S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*, 26(3), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.11.014>
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F. y Loeber, R. (2011). The predictive efficiency of school bullying versus later offending: A systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(2), 80–89. <https://doi.org/10.1002/cbm.808>
- Turecki, G. y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- UNICEF. (2011). *Adolescence -an age of opportunity-*. NewYork, USA: Unicef.
- Valmaggia, L. R., Day, F. L., Jones, C., Bissoli, S., Pugh, C., Hall, D., ... McGuire, P. K. (2014). Cannabis use and transition to psychosis in people at ultra-high risk. *Psychological Medicine*, 44(12), 2503–2512. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000117>
- van Gastel, W. A., Tempelaar, W., Bun, C., Schubart, C. D., Kahn, R. S., Plevier, C. y Boks, M. P. M. (2013). Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: A population-based study at secondary schools. *Psychological Medicine*, 43(9), 1849–1856. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002723>
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179–195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). Salud mental positiva: del síntoma al bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva Aplicada*, (pp.17–39). Bilbao: Desclee de Brower.
- Vázquez, F. y Becoña, E. (2000). Factores de riesgo y escalada cannabinoide. *Adicciones*, 12(2), 175–184. <https://doi.org/10.20882/adicciones.680>
- Vinaccia Alpi, S., Quiceno, J. M. y Moreno San Pedro, E. (2007). Resilience in the adolescents. *Revista Colombiana de Psicología*, 16(1), 139–146.

- Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S. y Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226–233. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.163681>
- Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., ... Baler, R. (2016). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 292–297. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3278>
- Waasdorp, T. E. y Bradshaw, C. P. (2015). The overlap between cyberbullying and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*, 56(5), 483–488. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.12.002>
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Positive and negative affect schedule (PANAS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(1), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/t03592-000>
- Watson, D. y Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234–254. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.234>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Wolke, D., Copeland, W. E., Angold, A. y Costello, E. J. (2013). Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychological Science*, 24(10), 1958–1970. <https://doi.org/10.1177/0956797613481608>
- Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., Wolak, J. y Finkelhor, D. (2006). Examining characteristics and associated distress related to Internet harassment: Findings from the second youth Internet safety survey. *Pediatrics*, 118(4), e1169–e1177. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0815>
- Zammit, S., Allebeck, P., Dalman, C., Lundberg, I., Hemmingsson, T. y Lewis, G. (2003).

Investigating the association between cigarette smoking and schizophrenia in a cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 160(12), 2216–2221. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.12.2216>

Zammit, S., Goedhart, A. W., Treffers, P. D. A., Goodman, R., Wittchen, H.-U., Boks, M. P. M., ... Najman, J. M. (2002). Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: Historical cohort study. *BMJ*, 325(7374), 1199–1199. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1199>

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

Zwierzynska, K., Wolke, D., Lereya, T. S., David, A. S., Gunnell, D., Heron, J., ... Harrison, G. (2013). Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: A prospective longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(2), 309–323. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9678-8>

A N E X O S

ANEXO I

CUESTIONARIO DE DIFICULTADES Y CAPACIDADES (SDQ)
(Goodman, 1997)

SDQ			
Por favor pon una X en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas: No, A veces, Sí. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas y de forma sincera. Responde a las preguntas según cómo te han ido las cosas en los últimos seis meses.			
	No	A veces	Sí
1. Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Por lo general soy obediente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A menudo estoy preocupado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nota: (<http://www.sdqinfo.com>)

ANEXO II

ÍNDICE DE BIENESTAR PERSONAL – VERSIÓN ESCOLAR (Cummins y Lau, 2003)

Las frases son acerca de cómo te sientes en una escala de 0 a 10. Te pedimos que coloques la cruz en la opción que elijas.

1. ¿Cómo te sientes... con tu vida en general?

Una escala horizontal de 0 a 10. Cada número tiene un cuadro vacío debajo de él para marcar una cruz. El número 0 está etiquetado como 'MUY DESCONTENTO'. El número 5 está etiquetado como 'NI CONTENTO NI DESCONTENTO'. El número 10 está etiquetado como 'MUY CONTENTO'.

2. ¿Cómo te sientes... con las cosas materiales que tienes?

Una escala horizontal de 0 a 10. Cada número tiene un cuadro vacío debajo de él para marcar una cruz. El número 0 está etiquetado como 'MUY DESCONTENTO'. El número 5 está etiquetado como 'NI CONTENTO NI DESCONTENTO'. El número 10 está etiquetado como 'MUY CONTENTO'.

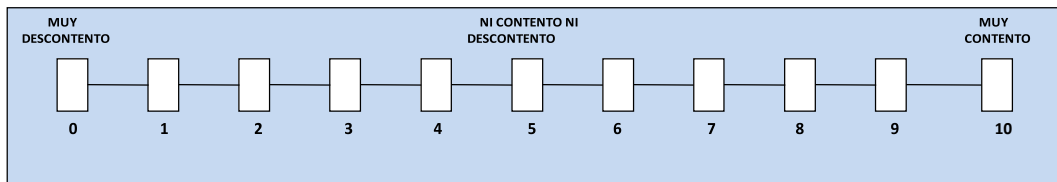
3. ¿Cómo te sientes... con tu salud?

Una escala horizontal de 0 a 10. Cada número tiene un cuadro vacío debajo de él para marcar una cruz. El número 0 está etiquetado como 'MUY DESCONTENTO'. El número 5 está etiquetado como 'NI CONTENTO NI DESCONTENTO'. El número 10 está etiquetado como 'MUY CONTENTO'.

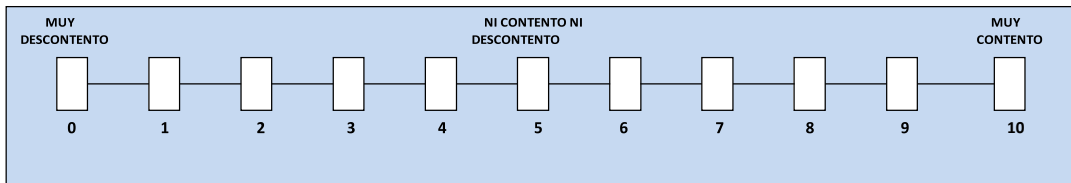
4. ¿Cómo te sientes... con las cosas que has logrado alcanzar?

Una escala horizontal de 0 a 10. Cada número tiene un cuadro vacío debajo de él para marcar una cruz. El número 0 está etiquetado como 'MUY DESCONTENTO'. El número 5 está etiquetado como 'NI CONTENTO NI DESCONTENTO'. El número 10 está etiquetado como 'MUY CONTENTO'.

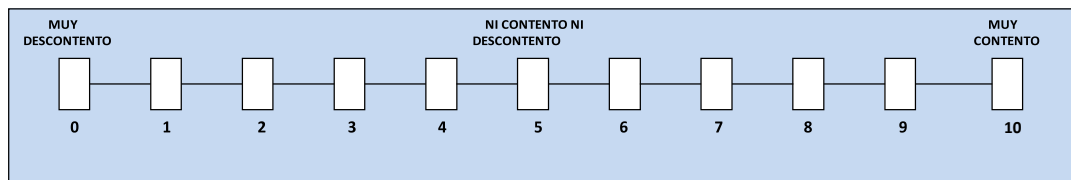
5. ¿Estás contento... con cómo te llevas con la gente que conoces?



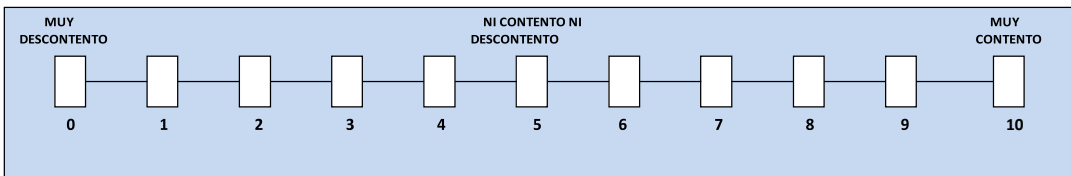
6. ¿Cómo te sientes... respecto a tu seguridad personal?



7. ¿Cómo te sientes... al hacer cosas fuera de casa? P. ej., extraescolares, hobbies...



8. ¿Cómo te sientes... respecto a lo que ocurrirá en tu futuro?



ANEXO III**ESCALA BREVE DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO**
(Ebesutani et al, 2012)

PANAS- C				
A continuación, aparece una lista de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Por favor, indique hasta qué punto se encuentra usted así (durante las últimas semanas). Conteste poniendo delante de cada palabra un número de 1 a 5, de acuerdo con la siguiente escala:				
1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente o mucho

_____ alegre

_____ deprimido

_____ animado

_____ enfadado

_____ feliz

_____ temeroso

_____ energético

_____ asustado

_____ orgulloso

_____ triste

ANEXO IV

CUESTIONARIO *CIBERBULLYING* BREVE
(Ortega et al., 2007)

Cuestionario <i>Ciberbullying</i> Breve	
<p>El <i>bullying</i> es un fenómeno que consiste en molestar, meterse con alguien o acosarlo intencionadamente y de forma repetida en el tiempo. El <i>ciberbullying</i> es un tipo de molestia o acoso en que se utilizan medios tecnológicos para meterse con alguien, como por ejemplo el móvil o Internet. Las preguntas que queremos hacerte son:</p>	
<p>1. ¿Se han producido fenómenos de acoso (meterse con alguien, <i>bullying</i>) en los últimos dos meses en tu instituto? (Cualquier clase de <i>bullying</i>)</p>	<p><input type="checkbox"/> No, no hay <i>bullying</i> en mi centro. <input type="checkbox"/> Solo se han producido una o dos veces. <input type="checkbox"/> Sí, alrededor de una vez a la semana. <input type="checkbox"/> Sí, varias veces a la semana.</p>
<p>2. ¿Cuántas veces se han metido contigo o te han acosado en los últimos dos meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ninguna, no ha sucedido. <input type="checkbox"/> Solo ha sucedido una o dos veces. <input type="checkbox"/> Alrededor de una vez a la semana. <input type="checkbox"/> Varias veces a la semana. <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>3. ¿Te has metido tú con alguien o has acosado a otras personas en los últimos dos meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> No, no ha sucedido. <input type="checkbox"/> Solo ha sucedido una o dos veces. <input type="checkbox"/> Sí, alrededor de una vez a la semana. <input type="checkbox"/> Sí, varias veces a la semana. <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>4. Ahora, pensando solo en el <i>Ciberbullying</i>, ¿ha sucedido este fenómeno en los últimos dos meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> No, no ha sucedido. <input type="checkbox"/> Solo ha sucedido una o dos veces. <input type="checkbox"/> Alrededor de una vez a la semana. <input type="checkbox"/> Varias veces a la semana.</p>
<p>5. ¿Cuántas veces se han metido contigo o te han acosado a través de tu móvil en los últimos dos meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ninguna, no ha sucedido. <input type="checkbox"/> Solo ha sucedido una o dos veces. <input type="checkbox"/> Alrededor de una vez a la semana. <input type="checkbox"/> Varias veces a la semana. <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>6. ¿Te has metido tú con alguien o has acosado, a través del móvil, a otras personas en los últimos dos meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> No, no ha sucedido. <input type="checkbox"/> Solo ha sucedido una o dos veces. <input type="checkbox"/> Sí, alrededor de una vez a la semana. <input type="checkbox"/> Sí, varias veces a la semana. <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>

7. ¿Cuántas veces se han metido contigo o te han acosado a través de Internet en los últimos dos meses?	<input type="checkbox"/> Ninguna, no ha sucedido. <input type="checkbox"/> Solo una o dos veces. <input type="checkbox"/> Alrededor de una vez a la semana. <input type="checkbox"/> Varias veces a la semana. <input type="checkbox"/> Otro: _____
8. ¿Te has metido tú con alguien o has acosado, a través de Internet, a otras personas en los últimos dos meses?	<input type="checkbox"/> No, no ha sucedido. <input type="checkbox"/> Solo ha sucedido una o dos veces. <input type="checkbox"/> Sí, alrededor de una vez a la semana. <input type="checkbox"/> Sí, varias veces a la semana. <input type="checkbox"/> Otro: _____

ANEXO V

ESCALA PAYKEL DE IDEACIÓN SUICIDA
(Paykel et al., 1974)

Escala Paykel de Ideación Suicida		
Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el último año:		
¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

ANEXO VI

CUESTIONARIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS MODIFICADO (ASSIST V3.0)

Este cuestionario intenta analizar su consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. No hace referencia a fármacos prescritos por su médico, salvo que los haya tomado por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas. La información que nos proporcione será tratada con absoluta confidencialidad.

PREGUNTA 1:	<i>No</i>	<i>Sí</i>
A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (<i>SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS</i>)	<i>No</i>	<i>Sí</i>
Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	No	Sí
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	No	Sí
Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
Otras (p. ej., cocaína, anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos, etc.) Indique cual: _____	No	Sí

Si contestó “No” a todos los ítems, ha finalizado el cuestionario.

Si contestó “Sí” a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

PREGUNTA 2:	<i>Nunca</i>	<i>1 o 2 veces</i>	<i>Cada mes</i>	<i>Cada semana</i>	<i>A diario o casi a diario</i>
¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses?					
Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.)					
Otras (p. ej., cocaína, anfetaminas, inhalantes, alucinógenos, opiáceos, etc.) Indique cual: _					

Nota. Este cuestionario es una modificación de la ASSIST V3.0 desarrollado por la OMS.

ANEXO VII**THE FAMILY AFFLUENCE SCALE FAS II**

A continuación debes marcar con una X la casilla que consideres correcta.

¿Tiene tu familia su propio coche, furgoneta o camión?	No 0	Uno 1	2 o más 2	
¿Tienes una habitación para ti solo/a?	No 0	Sí 1		
En los últimos doce meses, ¿cuántas veces te has ido de vacaciones con tu familia?	Nunca 0	Una vez 1	2 veces 2	3 o más 3
¿Cuántos ordenadores tienes en casa?	0	1	2	3 o más
¿Cuál fue tu nota media en el curso anterior?				
¿Has suspendido alguna asignatura en la evaluación anterior? Si respondes afirmativamente (sí) indica cuantas asignaturas has suspendido.	No	Sí	¿Cuántas?	

ANEXO VIII

ESCALA OVIEDO DE INFRECUENCIA DE RESPUESTA (INF-OV)
(Fonseca-Pedrero et al., 2009)

<p align="center">Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV)</p> <p align="center">1: Totalmente en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: De acuerdo 5: Totalmente de acuerdo</p>	
1. En alguna ocasión, he estado solo en casa	1 2 3 4 5
2. Nunca he ido al cine	1 2 3 4 5
3. Cuando estoy cansado o enfermo, a veces me apetece acostarme pronto en la cama	1 2 3 4 5
4. Conozco a gente que lleva gafas	1 2 3 4 5
5. Se llega antes de Madrid a Moscú en coche que en avión	1 2 3 4 5
6. En alguna ocasión, he viajado en autobús	1 2 3 4 5
7. Algunas veces, al llamar por teléfono, me he encontrado que comunicaba	1 2 3 4 5
8. La distancia entre Madrid y Barcelona es mayor que entre Madrid y Nueva York	1 2 3 4 5
9. Hay personas a las que se les dan bien los idiomas	1 2 3 4 5
10. En alguna ocasión he visto una película en la televisión	1 2 3 4 5
11. En alguna ocasión, he visto a niños jugando en el parque	1 2 3 4 5
12. Nunca he entrado en un bar	1 2 3 4 5

