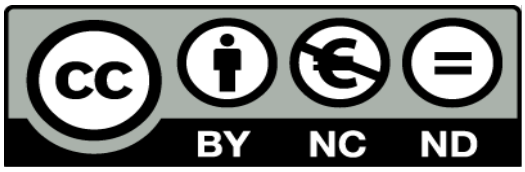
UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TESIS DOCTORAL

Título
Adolescencia. Evaluación del ajuste emocional y comportamental en el contexto escolar
Autor/es
Javier Ortuño Sierra
Director/es
Sylvia Sastre Riba y Eduardo Fonseca Pedrero
Facultad
Facultad de Letras y de la Educación
Titulación
Departamento
Ciencias de la Educación
Curso Académico
2013-2014



Adolescencia. Evaluación del ajuste emocional y comportamental en el contexto escolar, tesis doctoral
de Javier Ortuño Sierra, dirigida por Sylvia Sastre Riba y Eduardo Fonseca Pedrero (publicada por la Universidad de La Rioja), se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor
© Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, 2014
publicaciones.unirioja.es
E-mail: publicaciones@unirioja.es

UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA

Departamento de Ciencias de la Educación

TESIS DOCTORAL

ADOLESCENCIA: EVALUACIÓN DEL AJUSTE EMOCIONAL Y COMPORTAMENTAL EN EL CONTEXTO ESCOLAR

JAVIER ORTUÑO SIERRA

Directores: Sylvia Sastre i Riba y Eduardo Fonseca Pedrero

Logroño, 2014

Dª Sylvia Sastre i Riba, Catedrática del Dpto de Ciencias de la Educación de la Universidad de La Rioja y D. Eduardo Fonseca Pedrero, Profesor Titular Interino del Dpto de Ciencias de la Educación de la Universidad de La Rioja:

HACEN CONSTAR:

Que la presente tesis doctoral titulada: "Adolescencia: evaluación del ajuste comportamental y emocional en el contexto escolar", elaborada por el Licenciado D. Javier Ortuño Sierra, bajo la supervisión de éstos, reúne los requisitos científicos y académicos necesarios para ser presentada y defendida.

Vº Bº Sylvia Sastre i Riba

Vº Bº Eduardo Fonseca Pedrero

UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

Departamento de Ciencias de la Educación

TESIS DOCTORAL

ADOLESCENCIA: EVALUACIÓN DEL AJUSTE EMOCIONAL Y COMPORTAMENTAL EN EL CONTEXTO ESCOLAR

JAVIER ORTUÑO SIERRA

Directores: Sylvia Sastre i Riba y Eduardo Fonseca Pedrero

Logroño, 2014

Agradecimientos

Sólo las personas que han recorrido un camino pueden conocer la dificultad de éste. Resulta casi imposible, por lo tanto, explicar el esfuerzo necesario para alcanzar la consecución del presente trabajo y la importancia que ciertas personas han tenido en el mismo. No obstante, espero que estas palabras les devuelvan, en parte, toda su aportación.

A mis Directores Sylvia y Eduardo, por su dedicación y saber hacer. Ellos conocen mejor que nadie todo el esfuerzo invertido y han contribuido de forma incalculable a que este trabajo llegue a su fin.

A mis amigos y compañeros de área de la Universidad, porque han estado ahí, con palabras de ánimo y soporte en los momentos más bajos, haciendo que los pequeños reveses resultaran más llevaderos y aportando sabios consejos cuando más falta hacían.

A Rebeca, por estar siempre ahí. Ella ha sufrido, en mayor parte, todos los momentos malos y ha iluminado todo el camino con su sonrisa. No dejes nunca de sonreír…

A mi familia, por creer siempre en mí y darme sustento, comprensión, energía y sobre todo por enseñarme a ser lo que soy.

Como dice el proverbio: "Una gran marcha comienza con un pequeño paso". Para aquellos que me ayudaron en ese primer paso y además me acompañaron durante toda la marcha. GRACIAS

Los genes cargan el arma, pero el estilo

de vida aprieta el gatillo.

ÍNDICE

-Págs.-

I. INTRODUCCIÓN

1. Aproximación al concepto de adolescencia……. 1

1.1. Antecedentes históricos…….……..…… 1

1.2. El desarrollo adolescente desde el marco neuroconstructivista……..... 9

2. La naturaleza de la adolescencia: cambios y transformaciones…….…….. 13

2.1. Cambios a nivel biológico……... 15

2.2. Cambios a nivel psicológico…….…….. 20

2.3. Cambios a nivel social y en el contexto escolar……..... 27

3. Impacto de los cambios biopsicosociales…….. 31

3.1. Impacto en relación con el género……..... 31

3.2. Impacto en relación con la edad……..……. 34

3.3. Factores mediadores en el ajuste adolescente……... 38

3.4. Repercusión de los cambios biopsicosociales en el bienestar personal, conductas interpersonales y contexto escolar……..... 43

4. Evaluación y detección de síntomas emocionales y comportamentales en la adolescencia…… 49

4.1. La detección y evaluación psicológica en el ámbito educativo: instrumentos de medida para la evaluación emocional y comportamental en la adolescencia…… 51

4.2. El *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) como instrumento de evaluación: características psicométricas y epidemiológicas..... 60

4.2.1. Fiabilidad de las puntuaciones y evidencias de validez……. 62

4.2.2. El género y la edad en la prevalencia y expresión de síntomas emocionales y comportamentales a partir del SDQ ……..…….. 70

5. De la investigación actual al planteamiento del problema……..……... 81

5.1. Objetivos…….……..... 85

II. MÉTODO

1. Participantes……..…….……..……. 87

2. Instrumentos……..……..……..… 88

3. Procedimiento……..……..…… 90

4. Análisis de datos……..……..... 91

III. RESULTADOS

1. Propiedades psicométricas del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ).…… 97

1.1. Estadísticos descriptivos y niveles de consistencia interna para las subescalas y la puntuación total del SDQ ……..... 97

1.2. Evidencias de estructura interna de las puntuaciones del SDQ…….. 101

1.2.1. Análisis factorial exploratorio del SDQ……..…..... 101

1.2.2. Análisis factorial confirmatorio del SDQ…….. 104

1.2.3. Invarianza de medida del SDQ en función del género y la edad…… 108

2. Prevalencia de capacidades y dificultades entre los adolescentes en función del género y la edad…….……..……..……... 110

2.1. Prevalencia de capacidades y dificultades en la muestra total…… 111

2.2. Prevalencia de capacidades y dificultades en función del género…..……..... 114

2.2.1. Capacidades y dificultades en función del género en las dimensiones del SDQ……..……..... 114

2.2.2. Capacidades y dificultades en función del género en los ítems del SDQ…….……. 117

2.3. Prevalencia de capacidades y dificultades en función de la edad……... 121

2.3.1. Capacidades y dificultades en función de la edad en las dimensiones del SDQ……..……..... 121
2.3.2. Capacidades y dificultades en función de la edad en los ítems del SDQ…… 123
2.4. Interacción entre el género y la edad en la expresión de capacidades y dificultades emocionales y comportamentales…….……..... 127
2.5. Distribución de las capacidades y dificultades en función del género y la edad… 129

IV. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN……..……..…..……. 135

V. REFERENCIAS……..……... 157

VI. ANEXOS…… 189

Anexo 1. *Strengths and Difficulties Questionnaire*……..... 191
Anexo 2. Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta……..... 195

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1. El homúnculo de Hartsoeker..... 2

Figura 2. Proceso de *Encellment* 9

Figura 3. Proceso de *Embrainment*……...10

Figura 4. Neuroconstructivismo: Estructuras implicadas en el funcionamiento cognitivo...10

Figura 5. Secuencia de maduración de la sustancia gris cortical…….....19

Figura 6. Disincronía entre cambios hormonales y adquisición de competencias cognitivas, emocionales y de autorregulación 35

Figura 7. Factores mediadores en el establecimiento de relaciones..... 39

Figura 8. Impacto de los vínculos sociales en la presentación de problemáticas en la adolescencia 42

Figura 9. Pasos para la comprobación de la invarianza de medición..... 95

Figura 10. *Scree test* del análisis factorial exploratorio a nivel de los ítems..... 102

Figura 11. Comparación de las puntuaciones medias de las subescalas y puntuación total del *Strengths and Difficulties Questionnaire* según el género..... 116

Figura 12. Interacción entre género y edad en la subescala Hiperactividad..... 128

Figura 13. Interacción entre género y edad en la subescala Prosocial 128

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparativa de las principales características: cuestionarios Rutter, ASEBA y *Strengths and Difficulties Questionnaire* 59

Tabla 2. Principales investigaciones que analizan la consistencia interna de las puntuaciones del *Strengths and Difficulties Questionnaire* 64

Tabla 3. Principales investigaciones que analizan la estructura interna de las puntuaciones del *Strengths and Difficulties Questionnaire* 75

Tabla 4. Principales investigaciones en torno al género y la edad mediante el *Strengths and Difficulties Questionnaire* 72

Tabla 5. Distribución en función del género y la edad de la muestra total 88

Tabla 6. Estadísticos descriptivos del *Strengths and Difficulties Questionnaire* para la muestra total 97

Tabla 7. Correlaciones de Pearson entre las subescalas del *Strengths and Difficulties Questionnaire* para la muestra total 99

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de los ítems del *Strengths and Difficulties Questionnaire* en la muestra total..... 100

Tabla 9. Cargas factoriales estimadas resultantes del análisis factorial exploratorio..... 103

Tabla 10. Índices de bondad de ajuste para los modelos dimensionales hipotéticos sometidos a prueba 106

Tabla 11. Cargas factoriales completamente estandarizadas para el modelo final de cinco factores con términos de error 107

Tabla 12. Invarianza de medición en función del género y edad para el modelo final de cinco factores con términos de error 109

Tabla 13. Puntuaciones totales y porcentajes de los ítems del *Strengths and Difficulties Questionnaire* en la muestra total 112

Tabla 14. Estadísticos descriptivos del *Strengths and Difficulties Questionnaire* en hombres y mujeres 115

Tabla 15. Puntuaciones medias y prevalencia en función del género en los ítems del *Strengths and Difficulties Questionnaire* 118

Tabla 16. Estadísticos descriptivos del *Strengths and Difficulties Questionnaire* para los

diferentes grupos de edad..... 122

Tabla 17. Puntuaciones y porcentajes para los ítems del *Strengths and Difficulties Questionnaire* en función de la edad 125

Tabla 18. Distribución de percentiles en hombres y mujeres en el *Strengths and Difficulties Questionnaire* 130

Tabla 19. Percentiles en adolescentes de 14 y 15 años en el *Strengths and Difficulties Questionnaire*..... 131

Tabla 20. Percentiles en adolescentes de 16, 17 y 18 años en el *Strengths and Difficulties Questionnaire*..... 133

LISTADO DE ABREVIATURAS

ACP: Análisis Componentes Principales

AFE: Análisis Factorial Exploratorio

AFC: Análisis Factorial Confirmatorio

ANOVA: Análisis Univariado de la Varianza

ASEBA: *Achenbach System of Empirically Basic Assesment*

CBCL*: Check Behaviour Check List*

CFI: Índice de Ajuste Comparativo

Comp: Problemas de Compañeros

Cond: Problemas Conductuales

DT: Desviación Típica

Emo: Problemas Emocionales

ESO: Educación Secundaria Obligatoria

GFI: Índice de Ajuste General

g.l. = Grados de Libertad

Hip: Hiperactividad

INF-OV: Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta

M: Media

MANOVA: Análisis Multivariado de la Varianza

MLM: método de Cuasi-Verosimilitud de Medida

N: Muestra

OMS: Organización Mundial de la Salud

Pc: Percentil

Pros: Prosocial

RMSEA: Error Cuadrático Medio de Aproximación

SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire*

R^2: Proporción de varianza explicada

SRMR: Media Estandarizada de Error Cuadrático Residual

TLI = Índice de *Tucker-Lewis*

Tot: Dificultades Totales

TRF: *Teacher Report Form*

χ^2: Chi cuadrado

YSR: *Youth Self Report*

Capítulo 1. Aproximación al concepto de adolescencia

Una de las etapas más relevantes y significativas en el desarrollo humano es la adolescencia. Su concepto no es uniforme, existiendo diferentes aproximaciones a lo largo de la historia, tal como se expone a continuación.

El origen del término adolescencia procede del latín "adolescere" que significa crecer o madurar (Muus, 1991). Este primer significado da cuenta de una de sus principales características, el crecimiento o maduración respecto a la etapa anterior, la infancia. La maduración se produce a diferentes niveles y constituye una de las transformaciones más relevantes en el desarrollo humano. No obstante, a pesar de existir una serie de marcadores que señalan el comienzo de la misma, su inicio y su finalización carecen de uniformidad. De esta forma, tanto la definición de adolescencia como el periodo que abarca se ven modificados en función de la sociedad y del momento histórico, dando lugar, en consecuencia, a distintas aproximaciones.

Todo ello hace necesario acercarse al concepto, desde sus antecedentes históricos hasta las perspectivas actuales, como el periodo del desarrollo comprendido entre la infancia y la época adulta que no siempre ha sido entendido de igual forma ni se le ha dado la categorización y valor que tiene hoy en día en nuestra sociedad.

1.1. Antecedentes históricos

A pesar de que el concepto de adolescencia emerge en el siglo XIX, ya en la antigüedad los filósofos griegos mostraron interés por el periodo situado entre la infancia

y la edad adulta; por ejemplo, Platón y Aristóteles lo entendían como una época de pasiones y turbulencias durante el cual se accedía a la razón (Ariés y Dubi, 2000). Por otro lado, en el imperio Romano, la pubertad llevaba implícita el reconocimiento de la capacidad para el desempeño de funciones civiles, por ello, a los 14 años se abandonaba la indumentaria infantil y a los 16 se les permitía entrar en el ejército u optar por la carrera política.

En la Edad Media, niños y adultos eran considerados como semejantes, entendiendo al niño como un adulto en miniatura (Ariés, 1962). Las diferencias entre ambos eran vistas de un modo cuantitativo y no tanto cualitativo, partiendo de la creencia de que el esperma contenía un hombre adulto en miniatura (*el homunculus*) (ver Figura 1), tal como postuló Hartsoeker (1694). En consecuencia, los rudimentos conceptuales sobre la adolescencia como etapa diferenciada entre la infancia y la edad adulta desaparecieron en la Edad Media (Delval, 1989), de manera que el paso de la infancia a la etapa adulta era directo.

En el Renacimiento, los avances e interés en la educación dieron lugar a nuevos programas escolares adaptados a la emergencia de las capacidades de la persona, permitiendo comprender y afrontar el desarrollo humano de forma distinta hasta ese momento (Cloutier, 1996; Vives, 1940).

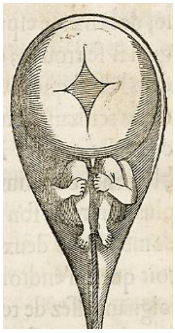


Figura 1. Homúnculo de Hartsoeker (1694).

En el siglo XVIII, la corriente literaria del Romanticismo y, en especial, el movimiento alemán del *sturm und drag* (tormenta y drama), contribuyen de forma relevante a generar la idea de un nuevo periodo vital, la adolescencia, caracterizado por la exaltación y la rebelión, entremezclando la pasión y los cambios bruscos en el estado de ánimo (Palacios y Oliva, 1999). Las ideas y concepciones de esta corriente resultan especialmente interesantes puesto que han influido en la emergencia del concepto así como en su estudio y conceptualización hasta el siglo XX.

Muy cercano en el tiempo a las concepciones del *sturm und drag* y posiblemente influenciado por las mismas, Rousseau (1762) publica la novela pedagógica *Emilio* en la cual se señalan cinco etapas en el ciclo vital: infancia, niñez, niñez tardía, adolescencia y adultez. Según Rousseau (1762), la adolescencia, o edad de la razón, escenifica un segundo nacimiento y supone un periodo de crisis para la persona en el que predominan las pasiones y se producen constantes cambios de humor que hacen que el niño se torne indisciplinado:

> *Como el bramar del mar precede de lejos la tempestad, esta tempestuosa revolución se anuncia por el murmullo de las pasiones nacientes: una sorda fermentación advierte de la proximidad del peligro. Un cambio en el humor, frecuentes arrebatos, una continua agitación del espíritu, hacen casi indisciplinado al niño... A los signos morales de un humor que se altera se juntan cambios sensibles en su figura... no es niño ni hombre* (Rousseau, 1998, p. 229).

A pesar de que estas ideas tuvieron influencia en estudios coetáneos, no es hasta finales del siglo XIX cuando emerge de forma sistemática el concepto y estudio de la adolescencia, ligado a la industrialización, destacando las obras de Preyer (1882) o Hall

(1904) ya en el siglo XX. La articulación del estatus adolescente, tal y como se entiende hoy en día, vino posibilitada por la revolución económica y el conjunto de transformaciones asociadas a la misma (Perinat, 2003) que se sintetizan en tres ámbitos: el jurídico, el familiar y el educativo (Delval, 1994).

A nivel jurídico, se producen dos hechos fundamentales. Por un lado, se modificaron las leyes sobre el trabajo infantil, estableciéndose unas edades mínimas que posibilitaron la separación entre infancia y adolescencia-juventud, dando lugar a una dependencia de los padres más prolongada. Por otro lado, se promulgaron una serie de leyes relativas a la delincuencia juvenil lo cual supuso el reconocimiento de un estatus diferenciado, a nivel legal, entre el adolescente y el adulto.

A nivel familiar, el hecho de que la educación obligatoria se extendiera en el tiempo y, por ende, que la incorporación al mercado laboral fuera más tardía, tal como se ha señalado, generó una situación de mayor dependencia, al menos a nivel económico, con respecto a los padres.

En el ámbito educativo, a finales del siglo XIX, se establece en EEUU el final de la enseñanza obligatoria a los 16 años. Hasta entonces, la incorporación al mundo laboral venía marcada, en buena medida, por la ocupación profesional asignada por los padres. Con la llegada de la revolución industrial, el desarrollo y ejercicio profesional requiere de unos conocimientos más especializados, lo cual genera que la educación se extienda tanto en el tiempo como a sectores cada vez más amplios de la población. Esta capacitación y adiestramiento se lleva a cabo en las escuelas. De esta forma, frente a una rápida entrada en el mundo adulto, habitualmente relacionada con la incorporación al mundo laboral en épocas anteriores, se asiste a una prolongación de la formación educativa que dilata de forma progresiva y continuada la etapa de la adolescencia (Trejos-Castillo y Vazsonyi, 2011).

Como resultado, y ya en el siglo XX, el desarrollo del mundo financiero y las nuevas tecnologías diseñan un tejido laboral que continúa reclamando un largo tiempo de aprendizaje especializado. La adolescencia se convierte en una "manera de ser", institucionalizándose; los hijos permanecen durante más tiempo en el hogar, se retrasa la edad del matrimonio, y muchos padres desarrollan una actitud de protección ante la competitividad laboral y los factores de riesgo sociales. Es en este momento cuando aparecen leyes internacionales protectoras y se les reconoce como sujetos de derecho.

Según Fasick (1994), los factores socio-económicos que han contribuido a configurar el concepto actual de adolescencia son: 1) un sistema familiar estable que permite a los padres dedicarse a pocos hijos, 2) la urbanización de la vida familiar, 3) la educación obligatoria, que favorece el contacto diario con los "iguales", 4) la dependencia económica de los padres, como resultado de la escolarización a tiempo completo, 5) la comercialización de la subcultura adolescente (ropa, música, etc.), 6) la diversificación y especialización ded trabajo, que exige una preparación más prolongada, quedando obsoletas algunas ocupaciones laborales "infantiles" y 7) las categorías legales y diagnósticas vigentes, por ejemplo, la "delincuencia juvenil".

En consecuencia, y después de ello, en el siglo XX la adolescencia adquiere la categoría de objeto de estudio científico, repercutiendo en los avances del concepto. En 1904, Stanley Hall, discípulo de Wundt, publica la que se considera como primera obra psicológica sobre la adolescencia. En la misma postula que se trata de un periodo tormentoso y estresante, de confusión normativa y de oscilaciones y oposiciones, concepción ligada, en parte, a los planteamientos del *sturm und drag*. Estas dificultades, según el autor, tienen una base biológica, si bien su manifestación se expresa diferencialmente y es susceptible de la influencia cultural.

Las ideas de Hall (1904) influyeron en el resto de teorías psicológicas de los dos primeros tercios del siglo XX (Lerner et al., 2011). Por ejemplo, el psicoanálisis de la mano de Anna Freud (1969) contemplaba la adolescencia como un periodo universal del desarrollo de vivencia conflictiva y marcado por la propia biología (Nágera, 1969).

Por su parte, Erikson (1963) propuso un patrón de desarrollo universal de la personalidad a lo largo del ciclo vital como un proceso cuyo resultado es la emergencia progresiva del sentido de la identidad en una secuencia invariable y acumulativa. El esquema epigenético de Erikson propone que el desarrollo personal sigue un plan establecido en el cual se van sucediendo una serie de crisis que la persona va resolviendo, de manera que su mayor o menor resolución comporta la adquisición de la integridad del yo.

El enfoque interpersonal de Sullivan (1953) postulaba que la personalidad se modifica en función de la manera en la que las personas se adaptan al contexto que les rodea, condicionada en la adolescencia por un aumento de las tensiones sexuales común a todas ellas. A diferencia de las posturas psicoanalíticas, el enfoque interpersonal concedía una mayor trascendencia a la naturaleza social del ser humano y, por lo tanto, a la influencia de la cultura y su entorno interpersonal.

Éstas y otras propuestas relevantes, comparten el intento de explicar la adolescencia como un periodo de desarrollo sujeto a estrés y complicaciones, si bien difieren en la naturaleza de estos problemas, dentro de la polémica relación entre *nurtura* (ambiente) y *natura* (biología) (Lerner et al., 2011).

La aportación más relevante al estudio y comprensión del desarrollo humano en el siglo XX es la de Piaget (Inhelder y Piaget, 1955; Piaget, 1960, 1970), biólogo de formación, que estructuró una obra en torno al intento explicativo del desarrollo cognitivo

integrando *natura* y *nurtura*. El objetivo fundamental de su trabajo consistió en explicar la naturaleza de la inteligencia, su construcción a lo largo de un proceso de desarrollo, y la construcción del conocimiento, tomando como base dos pilares fundamentales: la biología y la lógica, de los que se desprenden los tres principios clave de su teoría:

1. El constructivismo. La inteligencia es entendida como el resultado de un proceso de construcción continua en el que la persona participa activamente, no siendo innata ni dada desde el exterior. El individuo actúa sobre la realidad, construyendo al mismo tiempo su conocimiento y su propia mente, en una secuencia invariable de estructuras intelectuales denominadas estadios.
2. La actividad individual. El principal protagonista del proceso de construcción de la inteligencia es el propio individuo y su actividad sobre el entorno.
3. El interaccionismo. La persona actúa sobre el mundo que le rodea (objetos y personas) con el objetivo de conocerlos y éstos últimos actúan sobre la persona (interaccionismo físico y social), influyendo en su proceso cognitivo.

En suma, el desarrollo de la inteligencia consiste en una sucesión continua e invariante de cambios irreversibles, y a la vez reversibles, en la estructura y funcionamiento intelectual, influidos por tres factores: a) la maduración biológica que limita y posibilita el progreso intelectual, b) el tipo y calidad de la experiencia con el medio físico y social y c) la equilibración. La inteligencia, como cualquier función orgánica, tiende a funcionar en equilibrio y su desarrollo tiende a él a través de los procesos de asimilación y acomodación.

En consecuencia, la inteligencia, como forma superior de adaptación activa al entorno, tiene un componente básico en las coordinaciones entre las acciones que realiza la persona sobre el mundo a lo largo de un proceso de desarrollo que se organiza en 4

estructuras mentales o estadios invariantes y organizadas jerárquicamente de menor a mayor complejidad, desde el estadio sensorio-motor hasta el de las operaciones formales.

En este proceso, la adolescencia se caracteriza por alcanzar el estadio de las operaciones formales, como expresión de la estructura intelectual más madura, con un pensamiento lógico abstracto de carácter hipotético-deductivo.

Las aportaciones de Piaget, aunque han recibido numerosas críticas (Beilin, 1992; Karmiloff-Smith, 1992; Langer, 1986, 1990; Mounoud y Hauert, 1982; Pastor y Sastre, 1994; Sastre y Pastor, 1987), constituyeron una trascendental aportación en el campo de la psicología del desarrollo, dando lugar a postulados multidisciplinares que superaron la controversia existente entre genética y ambiente y supusieron el punto de partida de marcos teóricos interdisciplinares actuales como el neuroconstructivismo (Karmiloff-Smith, 1998; Mareschal, 2011; Mareschal et al., 2007).

En definitiva, la conceptualización actual de la adolescencia como un periodo del desarrollo humano entre la infancia y la edad adulta, con un funcionamiento cognitivo y personal diferencial, reestructura su categorización previa como periodo tormentoso caracterizado por las turbulencias y problemáticas asociadas (Lerner et al., 2011). Actualmente se aborda como un período de desarrollo positivo en el que se produce una nueva transformación de la persona que debe de hacer frente a una serie de tareas críticas, enfatizando su carácter activo (Lerner et al., 2011). Los logros conseguidos sientan la base para el desarrollo y funcionamiento adulto como nueva transformación adaptativa.

1.2. El desarrollo adolescente desde el marco neuroconstructivista

El desarrollo en la actualidad se explica, desde el marco teórico neuroconstructivista, como fruto de la relación bidireccional entre la complejidad

biológica y la organización psicológica, incluyéndose, por lo tanto, la actividad genética y neurológica así como la experiencia y el entorno (Mareschal et al., 2007; Sastre, 2006; Westermann y Mareschal, 2012, 2014; Westermann et al., 2007). El desarrollo cerebral soporta la actividad cognitiva del organismo y sus diferentes manifestaciones a nivel cognitivo, conductual, emocional y/o relacional. A su vez, el ambiente, en el cual estas acciones toman parte, posibilita y modula las estructuras cerebrales y a la persona en su totalidad (Mareschal, 2011; Sastre, 2006).

En la explicación del proceso de cambio ontogenético se integran diferentes componentes del proceso del desarrollo cerebral y cognitivo que lo posibilitan: a) el *encellment*, b) el *embrainment*, c) el e*mbodiment* y e) la epigénesis probabilística.

Por una parte, el desarrollo supone un *encellment*, es decir la actividad neuronal en las diferentes áreas cerebrales está supeditada a las estructuras neurales que las soportan, y a su vez, esta actividad modifica las mismas de forma bidireccional (Ver Figura 2).

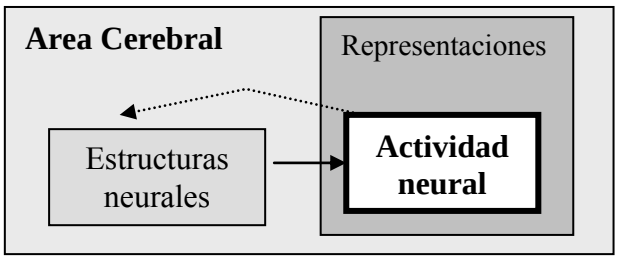


Figura 2. Proceso de *Encellment* (Tomado de Westermann et al., 2007).

Así mismo, las diferentes áreas cerebrales interactúan entre si desarrollándose y modulándose de forma interactiva, no aislada y modular (*embrainment*) (Ver Figura 3).

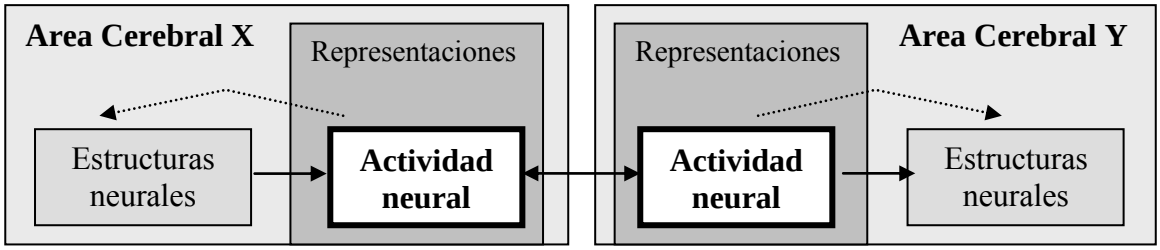


Figura 3. Proceso de *Embrainment* (Tomado de Westermann et al., 2007).

A nivel cerebral, el desarrollo de las estructuras neurales, se encuentra supeditado no solo a la actividad neural, sino que esta es mediada por la experiencia de la persona con el entorno. Los cambios en el *hardware* cerebral conducen a nuevas experiencias y posibilidades a la hora de establecer acciones y generar experiencias corporales con el entorno. La experiencia contextual que se genera induce, igualmente, diferentes tipos de actividad neural y estructuras neurales; todo ello en un proceso bidireccional conocido como *embodiment* (Sirois et al., 2008; Westermann et al., 2007).

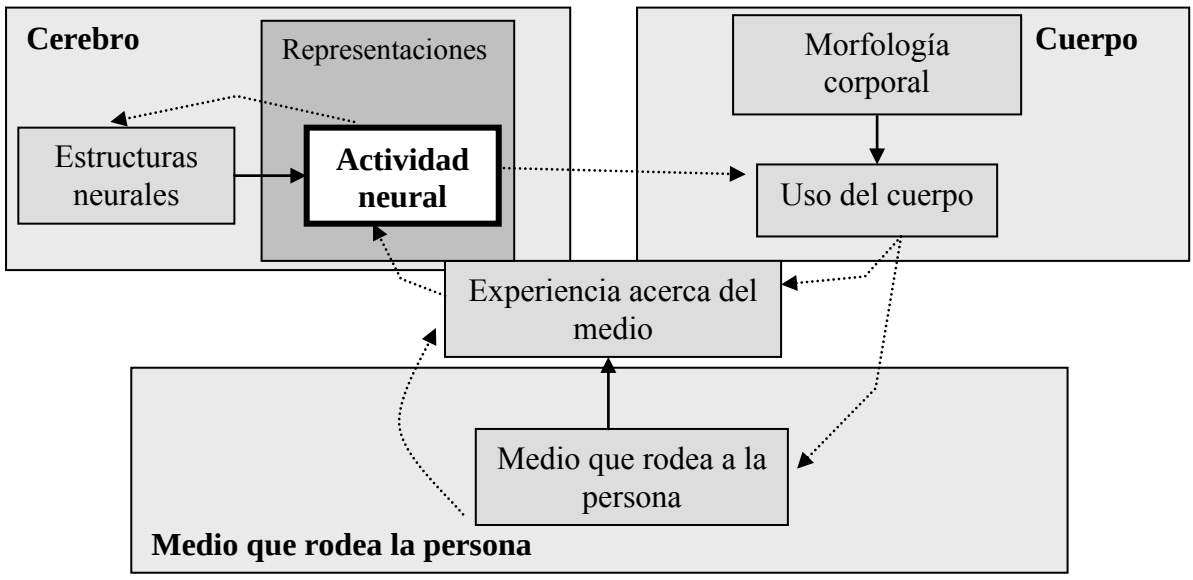


Figura 4. Neuroconstructivismo: estructuras implicadas en el funcionamiento cognitivo (Tomado de Westermann et al., 2007).

Como se recoge en la Figura 4, las diferentes transformaciones a nivel cognitivo se encuentran posibilitadas por los cambios en la estructura cerebral, determinados, como antes se ha indicado, tanto por la genética como por la interacción de la persona con el entorno en el cual toma parte. Todo ello, en una epigénesis probabilística según la cual, el proceso desarrollo, en vez de seguir un programa estricto prefijado, está sujeto a interacciones bidireccionales entre la actividad genética, la actividad neural, el comportamiento y el entorno. En este proceso destaca la proactividad de la persona en la exploración del medio como un aspecto central en el desarrollo cognitivo (Westermann et al., 2007), también en la adolescencia.

En suma, al amparo de las nuevas concepciones neuroconstructivistas, y en sintonía con las mismas, se hace preciso entender el desarrollo en la etapa adolescente como un proceso en el cual suceden diferentes cambios y transformaciones que afectan a diversos aspectos como la expresión genética, la estructura y funcionamiento cerebral o los procesos cognitivos y de conducta (Westermann y Mareschal, 2014; Westermann et al., 2007). El proceso de desarrollo adolescente desde este enfoque, dada su epigénesis probabilística, no puede ser contemplado como uniforme para todas las personas, sino como el resultado de la mutua interrelación entre múltiples factores de naturaleza genética y ambiental que explican los diferentes cursos de desarrollo (Grossmann, Gliga, Johnson y Mareschal, 2009; Sirois et al., 2008).

Por ello, los cursos del desarrollo tanto típicos como atípicos en la adolescencia, los logros y potenciales dificultades de naturaleza cognitiva, conductual, emocional o relacional, deben ser entendidas como un conjunto de cambios donde todos los componentes descritos interactúan. De ahí, la relevancia de conocer la naturaleza de las transformaciones en este momento del desarrollo, así como de detectar los posibles

desajustes que inciden en el bienestar y adaptación de la persona al entorno personal, académico y social.

Capítulo 2. La naturaleza de la adolescencia: cambios y transformaciones

La adolescencia y los cambios asociados a ella implican tres niveles interrelacionados: biológico, psicológico y social (Berk, 2000; Papalia, Olds y Feldman, 2001), que serán descritos a lo largo del capítulo de forma detallada. Estos cambios suponen modificaciones estructurales significativas y sus correspondientes correlatos funcionales a nivel cognitivo, emocional y psicosocial.

Estos cambios no suceden en el vacío, sino que se modulan por la influencia cultural que determina, en parte, la experiencia de la adolescencia y su duración, relativizando el esquema universal del desarrollo humano. En consecuencia, la adolescencia debe entenderse y conceptualizarse en función del momento histórico y de la sociedad en la cual vive la persona. En este sentido, y como ejemplo de lo anterior, la investigación de Mead (1949), sin negar los mecanismos biológicos comunes y fundamentales en la maduración puberal, presenta la adolescencia como un hecho fundamentalmente social y apoya esta hipótesis en la observación de sociedades primitivas donde no se plantean los problemas del adolescente occidental, o, al menos, no del mismo modo ni en el mismo momento.

El modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 2002) entiende el desarrollo como un proceso continuado a través del ciclo vital que se ve afectado por relaciones de los contextos que rodean a la persona, desde los más cercanos hasta los más alejados, determinado por los cambios biológicos y circunscrito a todo un sistema social de influencias que rodea al individuo en diferentes niveles. Este sistema, según el autor, puede ser dividido en cuatro esferas o sistemas: 1) el microsistema, que comprende el

entorno inmediato que rodea a la persona, normalmente compuesto por familiares e iguales cercanos, 2) el mesosistema, entendido como el conjunto de microsistemas que incluyen aquellos en los que las personas ejercen diferentes influencias, 3) el exosistema, conformado por el conjunto de instituciones mediadoras entre los niveles de la cultura y el individual: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, las instituciones recreativas y los organismos de seguridad y 4) el macrosistema, como el contexto más amplio, está configurado por formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura, incluyendo leyes de educación, el sistema religioso, los dogmas y reglas establecidas.

La adolescencia, en suma, como proceso de desarrollo se produce en un sistema social determinado, y es desde este entramado social desde el cual es necesario analizar las características dificultades y problemáticas que acontecen durante la misma (Antona y Alaez, 2003). El ambiente que rodea al individuo, entendido desde la familia hasta estratos más amplios como la organización política o económica, es un elemento sustancial para entender los cambios en las formas de pensar, sentimientos, comportamientos y reacciones que se producen en esta etapa (Aldgate, 2006; Magnusson y Stattin, 2006).

A continuación se describen, de una forma más detallada, los cambios propios de la adolescencia en los diferentes niveles mencionados: biológico, psicológico y social. Para las transformaciones relacionadas con la naturaleza biológica de los órganos reproductores y la fisiología propia de hombres y mujeres es aconsejable el empleo del término “sexo” en la redacción (Cala y de la Mata, 2006). Sin embargo, para la construcción social del concepto y adopción la identidad como mujer y hombre, que guarda relación con aspectos culturales sujetos a variaciones en función del tiempo y el espacio en el cual toman parte, es preciso el uso del término “género”. El término género, se aleja del determinismo biológico y no se deriva de forma directa de las características

biológicas referentes al sexo (Moya, 2004), sino del resultado de la adopción de roles culturalmente establecidos. Por ello, de aquí en adelante en esta tesis, se emplearán los términos "sexo" o "género" teniendo en cuenta lo referido anteriormente.

2.1. Cambios a nivel biológico

El proceso de cambios biológicos que da lugar a la maduración de los órganos sexuales, posibilitando la capacidad reproductora tanto en el hombre como en la mujer, es conocido como pubertad (Susman y Rogol, 2004). Su origen se encuentra relacionado con los términos latinos *pubertas* (vello; mocedad) y *pubes* (pubis; juventud), concepciones ligadas a la aparición de vello púbico y entrada en una fase distinta a la infancia; en definitiva, con la madurez sexual y el consiguiente tránsito de la infancia a la adolescencia. En este momento, se asiste también a cambios tanto en la estructura y anatomía corporal como en la fisiología general del individuo, produciéndose un aumento del tamaño corporal lo cual genera una nueva proporción entre la masa muscular, ósea y la grasa corporal.

Las sucesivas transformaciones fisiológicas que ocurren durante este periodo parecen estar asociadas con el eje hipotalámico-hipofisario. Las señales bioquímicas emitidas desde el hipotálamo estimulan la hipófisis permitiendo la liberación de diferentes hormonas (p. ej. hormona luteinizante, hormona del crecimiento, hormona estimulante del tiroides, o la hormona adrenocorticotrópica, entre otras). Todo ello, a su vez, genera que se produzca una estimulación en las glándulas suprarrenales y las gónadas tanto en los hombres (testículos) como en las mujeres (ovarios) que incrementan su producción de andrógenos y estrógenos respectivamente (Susman y Rogol, 2004). Estas hormonas, aunque presentes ya en el nacimiento, sufren cambios en su nivel según el sexo al inicio de la pubertad; por ejemplo, el nivel de andrógenos en los chicos es entre un 20 y un 60%

superior al de las chicas, mientras que el nivel de estrógenos en éstas es entre un 20 y un 30% superior al de los chicos (Karpov, 2005).

Posibilitado por los cambios mencionados, se produce la adquisición de la madurez sexual en ambos sexos. En el caso de los hombres, aproximadamente un año después del crecimiento de los testículos y escroto, se produce el aumento de tamaño en el pene y la aparición del vello púbico, siendo por lo general posterior la aparición de vello facial (Marco, Benítez, Medranda, Pizarro y Méndez, 2008). La madurez sexual viene señalada en los chicos por la aparición de la *espermarquía* (primera eyaculación). En las mujeres, el proceso se inicia con el crecimiento mamario, se producen cambios en el útero y la vagina, ésta se alarga, se engrosa el epitelio vaginal y las membranas se hacen más ácidas (Temboury, 2009). En torno a dos años después del comienzo del desarrollo mamario, uterino y vaginal aparece la *menarquía* (primera menstruación) que, si bien muestra gran variabilidad en cuanto al momento de aparición, se presenta en torno a los 11-13 años de edad (Marco, Benítez, Medranda, Pizarro y Méndez, 2008).

A su vez, la hipófisis secreta la hormona del crecimiento responsable del aumento del tamaño corporal y los consiguientes cambios estructurales que se traducen en la adquisición de un cuerpo de proporciones adultas. El conocido como "estirón" adolescente resulta visible y genera una importante necesidad de adaptación a estas nuevas proporciones, comportando ciertas dificultades de coordinación antes de conseguir la plena adaptación a la nueva estructura corporal.

La proporción de masa muscular y porcentaje de grasa corporal son similares en ambos sexos antes de los diez años (Rogol, Roemmich y Clark, 2002), sin embargo a partir de esta edad y con la entrada en la pubertad, la proporción de grasa corporal aumenta en mayor medida en las chicas, llegando a ser prácticamente el doble que en los

chicos al final de la adolescencia; en cambio entre los chicos es mayor la ganancia de masa muscular.

Todo ello se traduce en una vivencia diferenciada de la experiencia corporal, dado que mientras que los niveles de fuerza o resistencia en edades previas eran similares para ambos sexos, a partir de la adolescencia es mayor en los chicos. Estas diferencias están marcadas biológicamente y tienen su fundamentación en la adquisición de las tareas propias de cada sexo, que, en el caso de las chicas, está relacionada con la capacidad reproductora.

Conviene matizar que todos estos cambios tienen su inicio antes incluso de que resulten perceptibles externamente (Archibald, Graber y Brooks-Gunn, 2003); en concreto, hacia los 6 años en las niñas y alrededor de los 8 en los niños, si bien las transformaciones visibles tienen lugar hacia los 10 a 13 años, con una amplia heterogeneidad en su manifestación (DeRose y Brooks-Gunn, 2005).

Esta heterogénea temporalización parece estar modulada por la mejora de las condiciones de vida y la alimentación actuales que han repercutido en el progresivo adelanto en el inicio de esta etapa (Archibald, Graber y Brooks-Gunn, 2003), condicionando que se prolongue más extensamente desde la entrada en la segunda década de vida hasta más allá de los veinte años. Dadas las transformaciones que caracterizan la adolescencia, se distinguen diversos periodos en ella, debido a que los cambios a nivel físico, emocional, social y cognitivo son sustancialmente diferentes a lo largo de la etapa. Según Smetana, Campione-Barr y Metz (2006) hay tres fases: la adolescencia temprana (10-13 años), la adolescencia media (14-17 años) y la adolescencia tardía (18-mitad de los veinte años). Otros autores como Salmela-Aro (2011) proponen una división más acotada temporalmente que la anterior: adolescencia temprana (11-13 años), adolescencia media (13-17 años) y adolescencia tardía (17-19 años).

Además de las transformaciones a nivel corporal, se producen modificaciones sustanciales a nivel cerebral. Uno de los máximos referentes de la neuropsicología, Luria (1973), postulaba la existencia de una región anatómica ubicada en la parte frontal del cerebro, como el área encargada de procesos cognitivos de alto nivel como la planificación, la integración de información, la toma de decisiones o el control de las emociones. Precisamente esta zona del cerebro, la prefrontal, es la última región en desarrollarse (Spear, 2010), de manera que finalizada la pubertad ha habido un aumento significativo en su mielinización, comportando el incremento en la velocidad de procesamiento y de trasmisión neuronal (Anderson, Anderson, Northam, Jacobs y Catroppa, 2001), generando, en definitiva, unas competencias cognitivas más amplias.

El proceso de arborización o sinaptogénesis neuronal genera un número excesivo de conexiones en la época infantil, superior al de las existentes en el cerebro adulto (Hilt, Hanson y Pollak, 2011). Este incremento de la densidad sináptica en torno a los 11-12 años, está seguido de una poda sináptica (Anderson, Anderson, Northam, Jacobs y Catroppa, 2001; Blakemore y Frith, 2007; Mezzacappa, 2011) en un proceso no lineal, con una desaceleración durante la pubertad y un rápido desarrollo a continuación.

Por otra parte, la sustancia gris en la zona prefrontal aumenta hasta los 11 años en las mujeres y hasta los 12 en los hombres, para comenzar a disminuir después de estas edades (Gogtay et al., 2004; Mezzacappa, 2011), lo cual refleja un aumento del número de sinapsis hasta ese momento y su posterior poda o recorte en una secuencia que va desde la corteza occipital hasta la frontal y que involucra principalmente a conexiones de tipo excitatorio (Giedd, 2008; Huttenlocher y Dabholkar, 1997; Kim, Riser y Deater-Deckard, 2011; Spear, 2010).

Este proceso de eliminación de conexiones sinápticas inactivas se complementa con la mielinización o fortalecimiento de las sinapsis que se mantienen y utilizan, lo cual

incrementa la velocidad y la eficacia en el proceso de transmisión de los impulsos eléctricos de una neurona a otra (Blakemore y Choudhury, 2006) y la calidad de funcionamiento neuronal. La investigación actual muestra que este proceso de mielinización es diferente en los hombres y mujeres, alcanzándose en los primeros una mayor ratio así como un mayor tamaño axónico (Mezzacappa, 2011).

En consecuencia, los cambios en el córtex prefontal generan una activación más concreta y eficiente de esta zona a la hora de realizar tareas de tipo cognitivo (Durston et al., 2006; Kuhn, 2006; Paus, 2005). De esta forma, las zonas cerebrales más modernas desde un punto de vista filogenético, como la corteza prefontal, son las últimas que acaban de madurar a nivel ontogenético, precedidas por aquellas relacionadas con funciones más primarias de tipo motórico o sensorial, cuya maduración se produce durante los primeros años de la infancia (Gogtay et al., 2004).

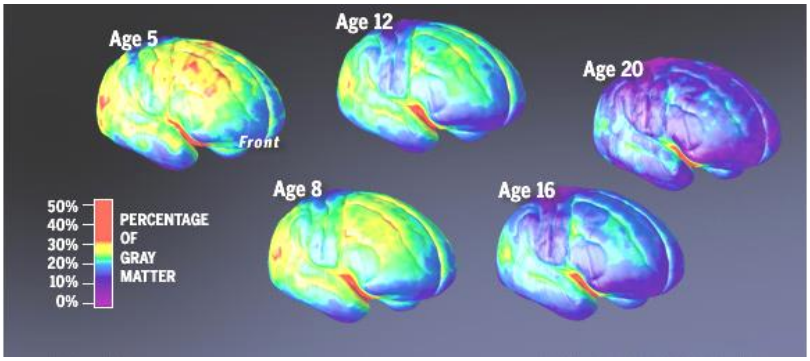


Figura 5. Secuencia de maduración de la sustancia gris cortical (Tomada de Gogtay et al., 2004).

Gracias a estos cambios estructurales, el adolescente adquiere una serie de competencias cognitivas que posibilitan una creciente capacidad intelectual con formas de pensamiento y reflexión más abstractos, acompañados de transformaciones en aspectos de índole psicológica tales como el autoconcepto, la autoestima o el desarrollo de la identidad (Anderson, Anderson, Northam, Jacobs y Catroppa, 2001).

2.2. Cambios a nivel psicológico

El estudio de las regiones frontales del cerebro ha ganado relevancia dado su papel esencial en las funciones cognitivas superiores que regulan la conducta cognitiva, emocional y social de la persona (Sastre, 2006). Actualmente, estas funciones reguladoras de la conducta cognitiva y emocional se centran en las denominadas "funciones ejecutivas" que pueden ser entendidas como las "habilidades centrales reguladoras que orquestan procesos básicos o de dominio específico con el fin de lograr un objetivo flexiblemente" (Blanco, Sastre y Escolano, 2010, p. 221). Este tipo de funciones se encuentran igualmente implicadas en la generación, supervisión, regulación, ejecución y reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos con un abordaje novedoso y creativo (Brehmer, Westerberg y Bäckman, 2012; Gilbert y Burgess, 2008; Lezak, 2004).

En suma, facilitan el control cognitivo (funciones ejecutivas *cold*) y el control emocional (funciones ejecutivas *hot*) (Colom, Rubio, Shih y Santacreu, 2006; Mezzacappa, 2011; Verdejo-García y Bechara, 2010), resultando claves en ellos. En consecuencia, la mejora y desarrollo de las funciones ejecutivas en la adolescencia repercute en el logro de la optimización cognitiva y emocional, dando lugar a sustanciales cambios, por ende, a nivel conductual y social a lo largo de ella.

Las funciones ejecutivas se desarrollan desde el primer año de vida, alcanzando su nivel estándar de funcionamiento en torno a los 12 años gracias a los correspondientes cambios en los sustratos neurológicos que las soportan (Blanco, Sastre y Escolano, 2010). No obstante, continúan desarrollándose durante la adolescencia especialmente respecto a la atención selectiva, memoria de trabajo, resolución de problemas, control de la impulsividad y planificación (Blakemore y Choudhury, 2006) hasta la edad adulta, y a lo largo de ella (Luciana, Conklin, Hooper y Yarger, 2005).

Estos cambios y sus correlatos funcionales posibilitan, entre otros aspectos, el establecimiento y mantenimiento de metas de una forma más precisa, el diseño de planes y programas de acción más complejos, una creciente capacidad en el control de la impulsividad, una mayor flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y una selección más precisa de los comportamientos y conductas a nivel cognitivo y emocional (Blakemore y Choudhury, 2006; Bunge y Crone, 2009; Perner, Stummer, Sprung y Doherty, 2002).

En paralelo, a lo largo de la adolescencia se produce un trascendental cambio y mejora en la conexión entre la corteza orbitofrontal y diferentes estructuras del sistema límbico como el hipocampo, el núcleo caudado y la amígdala (Eshel, Nelson, Blair, Pine y Ernst, 2007). Esto repercute en la mejora del control e inhibición de las emociones y la conducta (Goldberg, 2001), es decir, en las funciones ejecutivas *hot*. Este proceso explica la reducción de las conductas y respuestas emocionales de tipo automático e impulsivo durante los años finales de la adolescencia en comparación con los años iniciales (Kim, Riser y Deater-Deckard, 2011; Weinberger, Elvevag y Giedd, 2005).

Todo ello repercute no sólo en la capacidad de hacer frente a nuevos y variados problemas en el ámbito académico, sino que permite al adolescente reflexionar sobre su propia existencia y realidad de una forma más elaborada, estableciendo planes de futuro, y un sistema de nuevas y más complejas relaciones sociales (Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija, 2008).

Consecuentemente, hay un avance cognitivo de carácter cualitativo que incide en el funcionamiento personal y social del adolescente, posibilitando el planteamiento de diferentes cuestiones en torno a la propia identidad, a las experiencias pasadas, a las decisiones en torno a las personas con las cuales quiere compartir sus vivencias, iniciando el proceso de distanciamiento del grupo familiar a través del grupo de iguales y parejas sexuales. En suma, se revisan y construyen, aspectos tan trascendentales como: a) el

autoconcepto, b) la autoestima y c) la identidad (Harter, 2011), que serán descritos posteriormente en profundidad. En este sentido, uno de los aspectos básicos del pensamiento adolescente es la capacidad de replantearse aspectos ideológicos de la vida social (Martí, 2005).

Este sucesivo despliegue y adquisición de competencias cognitivas repercute en el funcionamiento personal y social, que convive y es modulado por otras características propias del pensamiento adolescente como el manejo de una especie de "falso yo" con el que se intenta agradar a todo aquel que le rodea (Harter, 1999). A la vez, el adolescente presenta un tipo de egocentrismo que hace que considere importante e interesante únicamente aquello que le incumbe personalmente (Woolfolk, 1999), dando lugar a dos características: a) la *audiencia imaginaria*, b) *la fábula personal* y c) la *fábula de invencibilidad* (Elkind, 1984). La *audiencia imaginaria* consiste en la excesiva autoconciencia que conduce al adolescente a pensar que todo el mundo que le rodea se interesa o muestra preocupación y atiende a sus actuaciones y comportamientos. Por su parte, la *fábula personal* supone la tendencia del adolescente a sentirse especial y a pensar que las experiencias propias son únicas y no se rigen por las reglas de los demás, lo cual puede conducirles a suponer que el resto de personas no pueden comprender sus sentimientos o emociones. Por último, debido a la *fábula de invencibilidad* el adolescente se cree inmune a cualquier tipo de situación amenazante o peligro al que se enfrenta Todo ello, puede traducirse en diferentes dificultades de índole emocional propias de esta etapa.

Los cambios en el autoconcepto, autoestima e identidad más relevantes se describen a continuación.

a) *Cambios en el autoconcepto*

Las transformaciones de naturaleza física, cognitiva y emocional inciden en el autoconcepto que, si bien tiene inicio en los primeros años de vida, sufre una profunda trasformación durante la adolescencia (Cole, Cole y Lightfoot, 2005; Lightfoot, Cole y Cole, 2009). La adolescencia es un periodo de desarrollo relevante dados las transformaciones físicas asociadas a la pubertad, los diferentes avances a nivel cognitivo y los cambios en las expectativas sociales que repercuten de forma significativa en el autoconcepto y la autoestima de la persona (Harter, 2011).

Al amparo del avance y consolidación de las funciones ejecutivas, durante la adolescencia media, y especialmente en la adolescencia tardía, se consigue la elaboración de un autoconcepto con menos contradicciones, en el cual la persona es más capaz de integrar los diferentes aspectos de su personalidad (Garaigordobil y Durá, 2006; Harter, 2011). Por otro lado, las diferencias en autoconcepto en función del género parecen ser un factor que contribuye a las divergencias en la manifestación de síntomas en mayor medida internalizantes, en el caso de las mujeres, y externalizantes, en el caso de los hombres (Carroll, Houghton, Durkin y Hattie, 2009; Donellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt y Caspi, 2005; Ybrandt, 2008).

b) *Cambios en la autoestima*

De igual forma que sucede con el autoconcepto, la autoestima varía durante todo el ciclo vital (Thomaes, Poorthuis y Nelemans, 2011). A lo largo de la adolescencia la persona es más capaz de cuestionarse diferentes aspectos sobre sí mismo, es decir, de ser más crítico consigo mismo (Harter, 2011; Sang y Deng, 2010). Los adolescentes suelen afrontar diferentes tareas para las cuales pueden no estar preparados y dependen en mayor medida del juicio y valoración de padres, profesores y especialmente de los compañeros

(Arslan, 2009; Harter, 2011). En consecuencia, en la adolescencia se producen grandes variaciones en la autoestima, que se manifiesta más inestable que en época anteriores (Teng y Liu, 2013; Thomaes, Poorthuis y Nelemans, 2011).

c) *Cambios en la identidad*

La transformación del adolescente comporta afrontar la creación de la identidad individual y de género dentro de un constructo que abarca otros relevantes aspectos como las creencias religiosas, metas ocupacionales o creencias de pertenencia a una raza (Salmera-Aro, 2011). El adolescente tiene que responder de forma satisfactoria a preguntas como: ¿quién soy yo?, ¿qué quiero ser en el futuro?, ¿qué creencias o valores quiero adoptar como propios? (Berzonsky, 2011). En definitiva, tratar de construir su identidad como persona adulta y elaborar un proyecto de vida (Harter, 1999, 2011) en aras de adquirir las competencias necesarias que le permitirán integrarse en la sociedad como miembro adulto y competente. Tal como expresa Fierro (2005, p. 93) "autodefinirse para un proyecto de vida en sociedad".

En la etapa infantil, la identidad propia y la toma de decisiones están relacionadas con las personas adultas de referencia. Sin embargo, en la adolescencia da comienzo el proceso de dar sentido al mundo social y ubicarse en él (Coleman y Hendry, 2003). Por lo tanto, el logro y adquisición de la identidad se convierten en una de las tareas de mayor relevancia durante la adolescencia.

En la obra *Childhood and society* (Infancia y Sociedad), Erikson (1963) propuso la existencia de un patrón de desarrollo psicosocial universal a lo largo del ciclo vital como proceso que sigue una secuencia invariable y acumulativa, de manera que en cada etapa de este desarrollo, la conjunción de cambios internos y externos provoca una "crisis" o situación decisiva para conseguir la integración o madurez personal. Estas "crisis",

originan transformaciones importantes (logros o resultados) que influyen en los cambios posteriores y de cuya resolución resulta la fuerza del "Yo".

El esquema de Erikson (1963) presenta una secuenciación inmutable a pesar de la irrepetibilidad individual. Cada trayectoria está jalonada por una secuencia única de experiencias: crecimiento físico, acontecimientos familiares, impronta dejada por determinadas personas, el conjunto de oportunidades que se presentan y la decisión ante ellas, experiencias vicarias, etc. Esas circunstancias, constituyen una llamada al diálogo comprometido, de cuya repuesta personal derivan los distintos itinerarios (diferencias personales), sobre una estructura universal de desarrollo (comunalidad).

En la adolescencia, la maduración psicológica coincide con la construcción de un sentido de la identidad personal saludable, cuyos rasgos son cuatro (Erikson, 1977):

1. Un sentido activo de individualidad, totalidad y unicidad, o continuidad a través de diversas situaciones y contextos (coordenada espacial) y continuidad comportamental respecto al pasado (coordenada temporal).
2. La conciencia de tener una personalidad diferente de los demás y valorada por los "otros significativos".
3. La presencia de una dirección y propósito en la propia vida reflejado a través de metas y valores identificables.
4. Una capacidad dinámica y equilibrada para contraponer y sintetizar las tendencias internas (mundo interior) y externas (los demás).

Por lo tanto, según el modelo de Erikson, el logro y superación de estos propósitos conducen a la integración saludable de la persona, mientras que el fallo en su consecución conlleva el estancamiento y, por lo tanto, la no integración con las consecuentes problemáticas asociadas durante la propia etapa y de cara a la edad adulta.

Recientemente, Marcia (2001) ha estudiado el proceso de formación de la identidad durante la adolescencia operativizándolo mediante un modelo de estatus, que define distintos estilos de resolución de la crisis de identidad combinando las variables "crisis" y "compromiso". El término crisis significa cuestionamiento activo y evaluación entre distintas alternativas, antes de tomar decisiones sobre metas, valores y creencias. El de compromiso supone la decisión de implicarse en un ámbito significativo y la asunción de tal elección como guía permanente para la acción. En función de la presencia o ausencia de estas dos variables se postulan cuatro estados del desarrollo del yo o estados de la identidad (Marcia, 2001):

a) Logro o Adquisición de la identidad (crisis resuelta que ha llevado a un compromiso). En este momento, la persona ha adquirido su identidad a través de la resolución de la crisis o reconsideración de sus elecciones vitales con las cuales ha establecido un fuerte sentido de compromiso

b) Moratoria (crisis sin ningún compromiso todavía). La persona está en plena crisis o deliberación sobre las alternativas de su vida, pero todavía no se ha decido por ninguna de ellas.

c) Exclusión de la identidad. Aceptación sin raciocinio o Identidad de compromiso (compromiso sin crisis). En este estado, sin existir una crisis o reconsideración previa, el individuo ha aceptado o se ha comprometido con valores y metas establecidas o elegidas por otras personas que suelen ser figuras de autoridad como los padres.

d) Difusión o dispersión de la identidad (sin compromiso y sin crisis). La persona no ha adquirido ningún compromiso ni se encuentra en un periodo de crisis o consideración sería de alternativas, por lo que este estado se caracteriza por una desorientación y

confusión respecto a quién se es y respecto a qué se desea o qué quiere hacer en la vida.

En suma, la adolescencia supone un momento del desarrollo crítico en cuanto a la adquisición de una identidad independiente y la progresiva toma de decisiones desligada del resto de personas, que debe cristalizar y guiar la trayectoria de vida durante la adultez. Todo este proceso no tiene lugar de forma aislada e independiente del contexto, sino que va a verse sustancialmente determinado por éste. A su vez, todas estas transformaciones influyen en la percepción que tienen los adolescentes, tanto de sí mismos como de los demás, repercutiendo en su forma de relacionarse con el resto de personas que conforman su entramado social. Las relaciones con los "otros" significativos así como con la familia y adultos significativos se ven sustancialmente modificadas, adquiriendo el contexto social un gran significado durante esta etapa.

2.3. Cambios a nivel social y en el contexto escolar

Durante la infancia, las personas de mayor influencia en el niño son los padres, hermanos, cuidadores y/o resto de familiares cercanos, sin embargo, con la entrada en la adolescencia, el grupo de iguales adquiere una especial relevancia (Piehler, 2011). Tal como se ha descrito anteriormente, la adolescencia es una etapa de desarrollo en la cual tienen lugar procesos como la ganancia y adquisición de una nueva autonomía y el desarrollo de una identidad en relación y sintonía a lo aportado por el grupo de iguales (Piehler, 2011).

Si en la etapa infantil, el "Yo" es definido en torno a aspectos no morales como las posesiones materiales, los comportamientos típicos o las características corporales, en la adolescencia, y especialmente al final de la misma, se define en torno a aspectos sociales, psicológicos y morales. De esta forma, tiene lugar el avance en habilidades

sociocognitivas que posibilitan la capacidad empática, las tendencias altruistas y las conductas prosociales en la relación con los iguales (Eisenberg, Spinrad y Morris, 2013), facilitando una mayor madurez social.

Los principales cambios que acontecen durante la adolescencia se agrupan en torno a cambios individuales y cambios sociales. En los primeros se engloban aquellos que afectan a la persona, tales como los diferentes cambios biológicos y psicológicos mencionados. En continua interrelación con éstos, acontecen, igualmente, toda una serie de transformaciones de tipo social que afectan a las relaciones del adolescente con el medio que le rodea. Entre otras, las principales tareas y consecuciones a las que se enfrenta durante esta etapa, y que se encuentran relacionadas con los diferentes cambios referidos son: a) la adquisición de una autonomía funcional desligada del grupo familiar, b) el establecimiento de nuevas y significativas relaciones con los diferentes grupos de iguales, c) la adquisición y consolidación de la propia identidad y d) la toma de decisiones en cuanto al futuro académico y profesional (Veenstra, Dijkstra, Steglich y Van Zalk, 2013).

La adaptación a estos cambios y el afrontamiento de estas tareas supone una importante fuente de estrés, existiendo diferentes factores de ajuste y desajuste que inciden en la adaptación a los mismos. En este sentido, los modelos teóricos presentados hasta el momento deducen las posibles consecuencias e incidencia de los diferentes cambios a partir de postulados teóricos. Sin embargo, de forma reciente, otros modelos que serán abordados en el próximo capítulo apresan de una forma más precisa el impacto de las transformaciones partiendo de las consecuencias observables para, desde ahí, articular modelos explicativos. Entre otros, el modelo de Achenbach (1966) determina que la adaptación a todo el proceso de cambio se traduce en la existencia de una serie de síntomas y dificultades asociados que se agrupan en: a) síntomas de naturaleza

internalizante y b) síntomas de naturaleza externalizante. Estas dificultades se presentan de forma diferencial en función de factores como el género o la edad e inciden de forma directa en el bienestar, en la conducta interpersonal y, en definitiva, en la adaptación del adolescente a diferentes contextos, incluyendo el escolar.

Fruto de la adquisición de competencias lógicas y de autorregulación, el adolescente adquiere una mayor capacidad de introspección y cuestionamiento de su propia existencia, y tiene una mayor sensibilidad al juicio y aprobación social. Esto revierte en que se encuentre más expuesto a la presentación de síntomas relacionados con la timidez, la inhibición, la infelicidad, preocupación, miedos, sentimientos de inferioridad y de culpa así como quejas somáticas, todos ellos síntomas de carácter internalizante (Paxton, Valois, Watkins, Huebner y Drane, 2007). Las dificultades propias del factor internalizante se relacionan, de forma general, con aquellas que generan tensión, insatisfacción y sufrimiento en el individuo, agrupándose bajo esta denominación problemáticas como: ansiedad, aislamiento social o depresión entre otros (Achenbach, 1966, 2009).

Por otro lado los bruscos cambios hormonales, la escasa competencia de autorregulación y el cuestionamiento de las figuras de autoridad explican, entre otros factores, la posibilidad de que se presenten conductas impulsivas y agresivas así como problemas de comportamiento y desobediencia a las normas establecidas socialmente. Estos síntomas forman parte del factor externalizante, que se caracteriza por conductas que generan malestar y conflicto con el entorno social (Achenbach, 1966; Palfrey, Tonniges, Green y Richmond, 2005).

La presentación de estos síntomas se encuentra relacionada, como se expondrá a continuación, con la adaptación a los referidos cambios biopsicosociales en la adolescencia, influidos por variables entre las que destacan significativamente el género y

la edad (Achenbach y Rescorla, 2001; Drabick y Kendall, 2010). Estos cambios inciden en el bienestar del individuo y en las conductas interpersonales, siendo los centros educativos un contexto de gran importancia en el cual se puede asistir a la presentación de diferentes dificultades en el ajuste psicológico de los adolescentes.

Capítulo 3. Impacto de los cambios biopsicosociales

En el presente capítulo se describe el impacto que tienen los principales cambios que acontecen durante la adolescencia, atendiendo a variables relevantes como son el género y la edad. Así mismo, se contemplan los agentes implícitos en el desarrollo que modulan el proceso de desarrollo, describiéndose en el último punto las principales repercusiones en diferentes áreas de la persona.

3.1. Impacto en relación con el género

En la infancia intermedia, las diferencias en la estructura cerebral de niños y niñas, en interacción con los patrones socioculturales, se manifiestan diferencialmente en el funcionamiento cognitivo y conductual. Por ejemplo, las niñas emplean más tiempo en actividades cooperativas y de vinculación afectiva, dando más relevancia a aprendizajes relacionados con habilidades de expresión y manejo del lenguaje, mientras que los niños son más activos físicamente, implicándose en juegos físicos y competitivos. Estas diferencias, lejos de mitigarse, se vuelven más acusadas con la llegada de la adolescencia debido a las transformaciones físicas y psicosociales diferenciales en chicos y chicas (Tobeña, 2001).

Al comienzo de la pubertad, los niveles de testosterona se incrementan significativamente en los chicos, generando un incremento de masa muscular y fuerza que incide en la mejora de su autoestima y autoconcepto. En las chicas, los cambios físicos están relacionados con la maduración de la función reproductiva, manifestándose en el aumento de la materia corporal grasa o de las caderas y la aparición de la menstruación.

Estos cambios suelen conllevar una necesidad de asimilación mayor que se manifiesta en más inseguridad y menor autoconcepto, hasta que son integrados cognitivamente.

Además de estos cambios hormonales, se producen otros relacionados con el sistema receptor de la dopamina a nivel cortical y subcortical que dan lugar a modificaciones en la concentración de receptores dopaminérgicos, especialmente en las proyecciones desde el sistema límbico hasta el córtex prefontal. Estas modificaciones parecen estar asociadas con las relevantes transformaciones apreciadas a nivel emocional y motivacional y que son diferentes en hombres y mujeres (Kays, Hurley y Taber, 2012; Spear, 2010).

Estas transformaciones tienen su manifestación a nivel conductual. Por una parte, los chicos tienden a implicarse en mayor medida en juegos y actividades en los cuales puedan mostrar los cambios y ganancias físicas, buscando el respeto y admiración de sus compañeros tanto del mismo género como del contrario. Durante la adolescencia, los chicos tienden a hablar menos que las chicas e incluso menos que lo que lo hacían en la etapa infantil, prefiriendo, a diferencia de ellas, actividades no verbales de tipo competitivo o de exposición a riesgos.

Otros aspectos del desarrollo que facilitan la salida del hogar y predisponen a la exploración de ambientes alternativos y exposición a estímulos novedosos (Spear, 2007; Steinberg, 2013), explican que durante esta etapa exista una mayor propensión a la toma de riesgos. Este tipo de conductas son especialmente características entre los chicos, que muestran un mayor porcentaje de síntomas de tipo externalizante como comportamientos de riesgo que incluyen, entre otros, la participación en pequeños actos delictivos, prácticas sexuales de riesgo o consumo de sustancias ilegales, relacionados, con frecuencia, con la satisfacción de curiosidad y la búsqueda de sensaciones y actividades excitantes (Harden y Tucker-Drob, 2011; Steinberg, 2013).

Todo ello está vinculado con el circuito de canalización de la agresividad que en los chicos se asocia con acciones físicas y de externalización mientras que en las chicas se relaciona con aspectos cognitivos, verbales e introspectivos, explicando el mayor índice de conductas agresivas de tipo motórico en los chicos desde edades tempranas (Tobeña, 2001). De esta forma, mientras que ellos tienden a expresar, de forma física y conductual las emociones, las chicas optan por la verbalización y la introspección. En consecuencia, la propensión hacia el aumento de conductas de riesgo o conductas disruptivas y/o agresivas a nivel verbal y físico es mayor entre los chicos, mientras que entre las chicas se observa una mayor tendencia hacia conductas de tipo internalizante tales como miedos, preocupaciones o síntomas depresivos.

Este tipo de conductas que evidencian síntomas y comportamientos de carácter internalizante o externalizante pueden acabar instaurándose y convertirse en patrones de conducta estables en la adultez si no son detectadas y corregidas previamente. Por ejemplo, las manifestaciones de las dificultades no resueltas pueden ser más acusadas durante el inicio de la edad adulta, con una mayor incidencia de la depresión mayor entre las mujeres y de comportamiento antisocial entre los varones (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves y Costello, 2002).

Por otro lado, más allá de la relevancia de las transformaciones de naturaleza biológica, el contexto parece jugar un importante papel De esta forma, las construcciones sociales y los diferentes roles asociados a cada género generan una especie de profecía autocumplida según la cual es propio de los chicos asumir riesgos, expresar agresividad y exponerse a situaciones en mayor medida, mientras que entre las chicas se acepta mejor la expresión de emociones asociadas a debilidad, inseguridad y/o miedos (Romer y Hennessy, 2007a). Todo ello incide en los cambios referidos en los párrafos anteriores.

En suma, los cambios que se suceden en la adolescencia son diferenciales en función del género, pero el impacto de los mismos así como las vulnerabilidades asociadas no pueden ser entendidos, únicamente, como resultado de diferentes transformaciones físicas o de la acción hormonal. Las construcciones culturales asociadas a cada género, así como los agentes cercanos como padres, grupo de iguales o adultos significativos inciden de forma directa en que las diferentes vulnerabilidades asociadas a cada género puedan traducirse en dificultades y problemas (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves y Costello, 2002). Estas dificultades pueden tener repercusión en un ajuste diferencial de chicos y chicas en el ámbito escolar en la medida que sean solucionadas de forma adecuada o no.

3.2. Impacto en relación con la edad

Las diferentes transformaciones físicas mencionadas no se producen de forma aislada, sino en interrelación con los sucesivos cambios cognitivos que las modulan, en un proceso en el que la edad adquiere una gran importancia.

Como se ha indicado, la entrada en la adolescencia comporta procesos de poda sináptica, con el consecuente descenso de materia gris, y la mielinización, con el aumento de la sustancia blanca, relacionados con la consolidación de la red de trabajo de procesamiento de la información y con mejoras en el control ejecutivo y en la autorregulación (Blakemore y Frith, 2007; Kays, Hurley y Taber, 2012). El fortalecimiento en la conexión entre la corteza orbitofrontal y diferentes estructuras del sistema límbico como el hipocampo, el núcleo caudado y la amígdala (Eshel, Nelson, Blair, Pine y Ernst, 2007) inciden en la mejora del control cognitivo, la inhibición de las emociones negativas y en el manejo de información social relevante para la conducta (Gogtay et al., 2004; Steinberg, 2013). Estas transformaciones estructurales soportan

cambios de naturaleza cognitiva que se manifiestan a lo largo de la adolescencia prolongándose hasta la época adulta.

Sin embargo, los cambios de naturaleza hormonal que comienzan en la preadolescencia, se manifiestan de forma más súbita desde la adolescencia temprana hasta la adolescencia media. Esta disincronía entre las transformaciones cerebrales y las hormonales genera un "salto" o desajuste entre los cambios cognitivos, emocionales y de autorregulación que se van manifestando desde la pubertad y a lo largo de la adolescencia, especialmente durante la adolescencia temprana y media, viéndose compensados a lo largo de la adolescencia tardía (Worthman, 2011), tal como se recoge en la Figura 6.

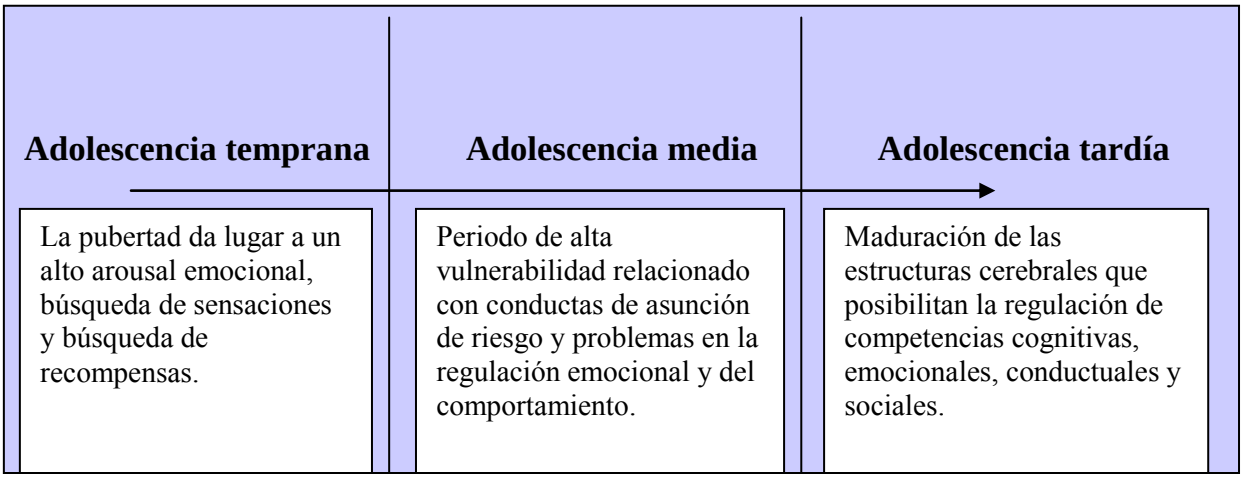


Figura 6. Disincronía entre cambios hormonales y adquisición de competencias cognitivas, emocionales y de autorregulación (adaptado de Steinberg, 2005).

A pesar de que, como se ha mencionado previamente, el concepto de adolescencia como periodo inevitable de *storm and stress* (Hall, 1904) ha sido superado, es cierto que la persona tiene que hacer frente, durante ella, a diferentes situaciones, roles sociales y nuevas y complejas responsabilidades personales y sociales (Lerner et al., 2011) cuya adaptación puede producir un elevado estrés y dificultades en el ajuste psicosocial. Como se refleja en la Figura 6, la disincronía en las adquisiciones contribuye a que la adolescencia sea un periodo del desarrollo asociado a dificultades y vulnerabilidades de

tipo psicólogico, que pueden manifestarse en problemáticas de tipo emocional, conductual y relacionales (Forns, Abad y Kirchner, 2011; Worthman, 2011) con cambios en los niveles de cortisol, hormona implicada en la respuesta de estrés (Kays, Hurley y Taber, 2012), especialmente en la pubertad.

De acuerdo con la Figura 6, se postula que la entrada en la adolescencia y los primeros años de la misma son especialmente sensibles en la vulnerabilidad a la sintomatología tanto internalizante como externalizante, manteniéndose lo largo de la misma y alcanzando sus niveles máximos en la adolescencia media, especialmente en el caso del factor externalizante. Sin embargo, esta relación resulta menos evidente en el caso del factor internalizante (Copeland, Shanahan, Costello y Angold, 2009).

A partir de la adolescencia media, acorde con las diferentes adquisiciones en el campo emocional y cognitivo, los adolescentes resultan menos vulnerables a la presentación de dificultades, si bien pueden persistir, en algunos casos, los problemas presentados en momentos anteriores (Costello, Egger y Angold, 2005; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003). No obstante, a pesar de que la relación entre síntomas y dificultades de naturaleza internalizante y externalizante con la edad ha sido estudiada ampliamente a nivel empírico, las conclusiones al respecto no son unánimes. Algunos estudios ponen de manifiesto un aumento de las dificultades con la edad (Giannakopoulos et al., 2009; Koskelainen, Sourander y Vauras, 2001; Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch, 2004; Yao et al., 2009), mientras que otros encuentran una tendencia inversa (Muris, Meesters y van der Berg, 2003; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas, 2006), o no hallan ningún tipo de asociación (Prior, Virasinghe y Smart, 2005).

De igual forma, a pesar de que el continuo proceso de trasformación durante la adolescencia, y la referida disincronía entre los cambios hormonales y la adquisición de competencias lógicas y de autorregulación, conducen a una mayor vulnerabilidad, existen

factores y condicionantes que afectan de forma individual. Todo ello explica que la posible aparición de dificultades en esta etapa deba entenderse atendiendo a las capacidades y habilidades de afrontamiento propias de cada persona (Luthar y Zelazo, 2003). En este sentido, la familia juega un papel trascendental, dado que proporciona soporte y sirve de modelo para las conductas de los adolescentes (Oliva, 2004; Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2002), tal y como se incidirá en el siguiente apartado.

La detección de esta serie de dificultades, durante la adolescencia, resulta especialmente interesante en la medida en que en esta etapa se asientan buena parte de las conductas y emociones así como patrones de identidad, personalidad y vínculos relacionales que se mantienen en el tiempo, convirtiéndose en posibles indicadores de lo que sucederá en la etapa adulta (Bourdon, Goodman, Rae, Simpson y Koretz, 2005).

La adolescencia, en definitiva, además de ser un periodo asociado a vulnerabilidades es, igualmente, una etapa del desarrollo en la que se alcanzan una serie de competencias lógicas y emocionales que posibilitan el establecimiento de unos vínculos de amistad y relacionales más íntimos y profundos que en edades anteriores. La maduración biológica y la progresiva adquisición de competencias lógicas modulan las relaciones interpersonales que experimentan una importante transformación. A partir de la adolescencia da comienzo un progresivo proceso de individuación respecto del grupo familiar, a la vez que el establecimiento de vínculos y relaciones interpersonales íntimas con los iguales se convierte en una de las tareas más relevante. En consecuencia, los vínculos sociales se erigen, como se aborda a continuación, en uno de los principales factores que median en el ajuste y adaptación conductual del adolescente al entorno.

3.3. Factores mediadores en el ajuste adolescente

Las situaciones estresantes desde el punto de vista del desarrollo, tales como la adquisición de una autonomía funcional, situaciones sociales nuevas, retos académicos, decisiones vinculadas al futuro académico o profesional y conflictos interpersonales con los iguales o los adultos referentes, son aspectos que aumentan la vulnerabilidad y, por lo tanto, la probabilidad de que se manifiesten diferentes dificultades en la adolescencia que, potencialmente, pueden perdurar a largo plazo y mantenerse en la época adulta (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003).

En todo este proceso existen una serie de factores que actúan como mediadores y/o moderadores (Roisman, Masten, Coatsworth y Tellegen, 2004; Uggen y Massoglia, 2003) y que inciden en las vulnerabilidades asociadas a esta etapa. Uno de los principales retos a los que se enfrenta el adolescente es el establecimiento de una autonomía funcional con nuevos vínculos de relación desligados del familiar (Schulenberg, O'Malley, Bachman y Johnston, 2005). Los mediadores guardan relación, precisamente, con el mantenimiento, reorganización y establecimiento de unos adecuados y positivos vínculos afectivos con padres e iguales, con la confianza o desconfianza en las relaciones y con el medio que rodea al adolescente.

Los principales factores que median en este proceso se concretan en: a) seguridad en el apego, b) sensibilidad al rechazo y c) cambios contextuales (Allen et al., 2002), tal y como se refleja en la Figura 7.

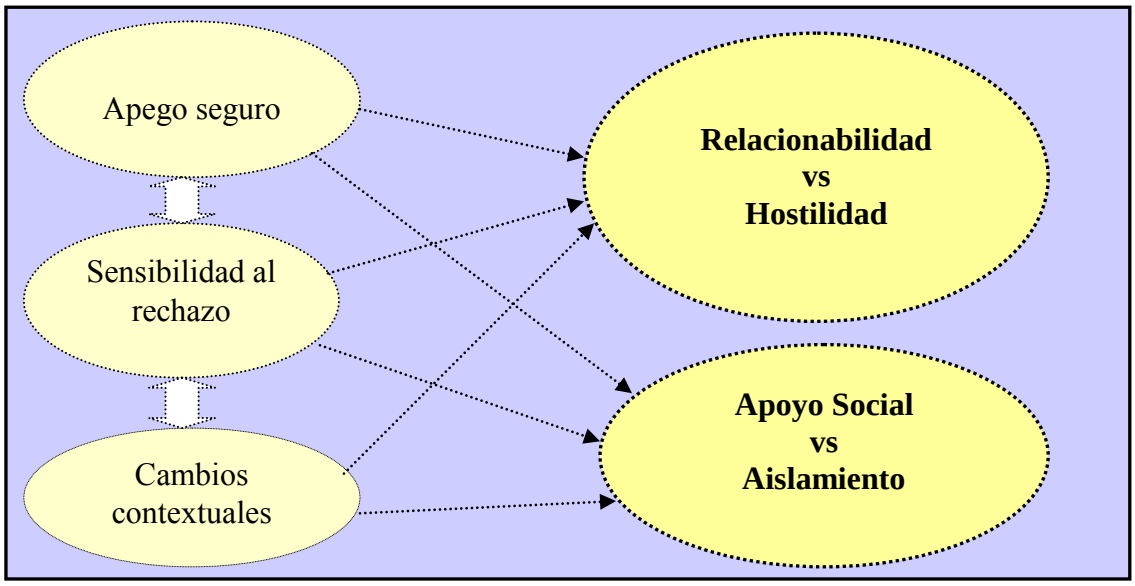


Figura 7. Factores mediadores en el establecimiento de relaciones (adaptado de Allen et al., 2002).

a) El apego seguro hace referencia a la capacidad de mantener vínculos afectivos seguros y estables con personas significativas, como padres y adultos referentes, durante la infancia, así como el establecimiento de nuevos vínculos de apego con el grupo de iguales, en consonancia con la necesidad del logro de una autonomía funcional desligada del grupo familiar y la consecución de una identidad propia (Allen et al., 2002).

b) La sensibilidad al rechazo, entendida como la disposición cognitiva y emocional a percibir rechazo en situaciones ambiguas (Allen et al., 2002; Allen, McElhaney, Kuperminc y Jodl, 2004), se convierte en un mediador relevante que puede desencadenar diferentes *outcomes* o consecuencias psicosociales (Allen et al., 2002; McElhaney, Immele, Smith y Allen, 2006). En concreto, esta sensibilidad aparece como un factor que puede alterar la forma de relacionarse y establecer vínculos, distorsionando el comportamiento social y ocasionando una especie de profecía autocumplida en el establecimiento de nuevas relaciones sociales (McElhaney, Immele, Smith y Allen, 2006). Esta respuesta se relaciona tanto con rechazo por parte del grupo de iguales como con la

ausencia de soporte por parte de los padres en la adolescencia inicial (Allen et al., 2002; McElhaney, Immele, Smith y Allen, 2006).

La sensibilidad al rechazo está interrelacionada con el apego, de tal forma que la preexistencia de vínculos seguros y positivos en la edad infantil, especialmente con los adultos referentes, posibilita el mantenimiento y reorientación de los mismos durante la adolescencia y la edad adulta así como el establecimiento de otros que ocuparán en parte el lugar de los anteriores (Allen et al., 2002).

c) Los cambios contextuales relevantes comportan retos y desafíos al adolescente, además de condicionar y poner a prueba su capacidad de relación y establecimiento de vínculos sociales de apoyo. Estos cambios interactúan directamente con la sensibilidad al rechazo, y de forma indirecta con el apego, dado que son vivenciados en la medida que el adolescente haya sido capaz de establecer relaciones interpersonales seguras y positivas, que sirven de soporte, ejemplo y orientación en la resolución de estos cambios (Allen, McElhaney, Kuperminc y Jodl, 2004; Giannotta, Ortega y Stattin, 2012).

Diferentes investigaciones abordan la relación entre estas variables, en especial la del apego, y sus consecuencias a nivel social. Por ejemplo, Marsh, McFarland, Allen, McElhaney y Land (2003) concluyen que los adolescentes que alcanzan un mayor grado de apego y unas relaciones de comunicación más estrechas con sus padres son capaces de establecer relaciones sociales positivas con los grupos de amigos y, de forma inversa, aquellos cuyos padres infravaloran y no dan soporte a la relación de apego con sus hijos, muestran mayores dificultades para relacionarse de forma adecuada con los compañeros e iguales (Marsh, McFarland, Allen, McElhaney y Land, 2003; Scott, Briskman, Woolgar, Humayun y O'Connor, 2011). Otros estudios revelan que los padres de adolescentes inseguros se muestran menos sensitivos a las necesidades de sus hijos, tienen menor conocimiento de las autopercepciones de aquellos y menor conciencia de síntomas

comportamentales, concluyendo que el vínculo de apego con los padres, guarda una estrecha relación con aspectos relacionados con la comunicación paterno-filial (Allen et al., 2003; Scott, Briskman, Woolgar, Humayun y O'Connor, 2011).

Los vínculos de apego se relacionan con el establecimiento de una correcta autonomía funcional y con la seguridad del adolescente en el establecimiento de relaciones sociales positivas que les protegen ante la presentación de diferentes síntomas y dificultades. Así, los adolescentes seguros son capaces de establecer conexiones más cercanas e íntimas con los iguales y están más receptivos a influencias positivas, mientras que los adolescentes inseguros muestran mayor dificultad en las relaciones con los iguales, lo cual se relaciona con un incremento de los síntomas de tipo internalizante y externalizante (Allen et al., 2002; Giannotta, Ortega y Stattin, 2012; McElhaney, Immele, Smith y Allen, 2006).

Las dificultades en las relaciones con los amigos resultan especialmente relevantes en la medida que predicen el incremento de síntomas y dificultades emocionales durante la adolescencia (Scott, Briskman, Woolgar, Humayun y O'Connor, 2011). De esta forma, el establecimiento de relaciones y vínculos de amistad adecuados son marcadores de gran importancia que predicen futuros comportamientos prosociales, mientras que el fallo en la consecución de estas tareas se relaciona con patrones de agresividad en las relaciones de amistad y románticas al final de la etapa, relacionándose con la presentación de síntomas internalizantes y externalizantes en la adolescencia y edad adulta (Chango, McElhaney y Allen, 2009).

Los patrones de retraimiento, aislamiento social y rechazo de los compañeros predicen un aumento de los síntomas depresivos (Galambos y Krahn, 2008). Por su parte, el establecimiento de relaciones sociales apropiadas, los vínculos sociales y el contacto social parecen jugar un importante papel en la disminución y cese de conductas de tipo

externalizante, mitigando, de igual forma, los síntomas internalizantes (Barker y Galambos, 2007; Giordano, Manning y Longmore, 2005; Halpern-Meekin, Manning, Giordano y Longmore, 2013). En concreto, el rechazo por parte de los compañeros, se revela como una variable asociada con comportamientos disruptivos del adolescente (Prinstein y Wang, 2007).

La Figura 8, junto con la Figura 7, muestra que los síntomas internalizantes y externalizantes están vinculados con el apoyo social y la capacidad de interacción del adolescente, y todo esto, a su vez, con aspectos ya mencionados como el apego seguro, la sensibilidad al rechazo y los cambios contextuales (Allen et al., 2002).

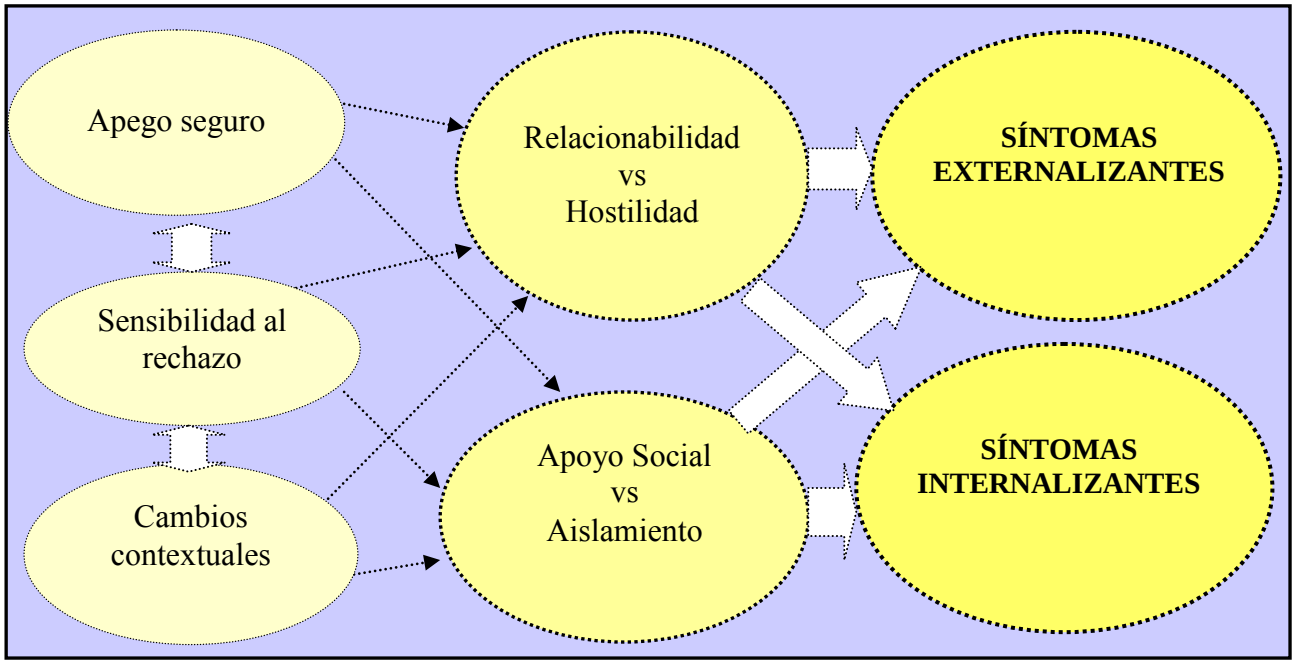


Figura 8. Impacto de los vínculos sociales en la presentación de problemáticas en la adolescencia (adaptado de Allen et al., 2002).

En definitiva, dada la importancia del ajuste entre las distintas transformaciones que se suceden a lo largo de la adolescencia, es importante detectar y evaluar los síntomas de naturaleza internalizante y externalizante, así como la capacidad de establecer relaciones sociales y generar conductas prosociales, dado su papel modulador en la

emergencia y mantenimiento de dificultades de tipo emocional y conductual que tendrán una repercusión relevante en la adaptación escolar y social de la persona.

3.4. Repercusión de los cambios biopsicosociales en el bienestar personal, conductas interpersonales y contexto escolar

Tal como se ha expuesto, los cambios y transformaciones que acontecen durante la adolescencia generan un proceso de ajuste y adaptación que demanda el desarrollo de estrategias de afrontamiento que inciden en el bienestar de la persona, en las relaciones interpersonales y en la adaptación y rendimiento a nivel escolar (Aunola, Stattin y Nurmi, 2000).

Desde que en el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) marcó como objetivo prioritario de salud la vivencia de bienestar biopsicosocial, la noción de salud ha experimentado un profundo cambio, situándose más allá de la ausencia de enfermedad. De esta forma, se deja de lado un significado centrado en las vulnerabilidades y fallos en el ajuste, con aspectos negativos como la depresión, ansiedad, estrés, etc., para dar paso a otro que contiene elementos positivos y en el que las relaciones interpersonales significativas en la adolescencia adquieren un papel relevante (Oliva et al., 2010; Reina, Oliva y Parra, 2010). La salud ya no es contemplada como la ausencia de problemas físicos o psicológicos, sino como la valoración cognitiva de una existencia plena de la persona en el entorno que le rodea, entroncando directamente con la noción de bienestar psicológico.

El bienestar psicológico ha sido definido como el grado en que un individuo juzga su vida en términos favorables y satisfactorios (Diener, 2000; Haydée y Ramón, 2003), y se encuentra relacionado con estados de humor positivos, alta autoestima y baja sintomatología depresiva (Winocur et al., 2007).

La investigación sobre el bienestar psicológico sigue dos direcciones. La primera, denominada "eudaimónica", se refiere al bienestar psicológico como un indicador de funcionamiento positivo en el individuo que posibilita el desarrollo de sus capacidades y, por tanto, su crecimiento personal. Esta perspectiva "eudaimónica" ha sido sistematizada por Ryff y Singer (2008) en su modelo multidimensional de bienestar psicológico conformado por seis dimensiones: 1) la evaluación positiva de uno mismo y la propia vida pasada (autoaceptación), 2) el sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona (crecimiento personal), 3) la creencia de que la propia vida tiene un propósito y un significado (propósito en la vida), 4) el desarrollo y mantenimiento de relaciones de calidad y confianza con otros (relaciones positivas con otros), 5) la capacidad de dirigir efectivamente la propia vida y el ambiente para satisfacer necesidades y deseos (dominio ambiental) y 6) un sentido de autodeterminación personal.

La segunda, es la denominada "hedónica". Se centra en el análisis del bienestar subjetivo y se refiere a la evaluación global que realiza la persona tanto de las situaciones placenteras como de la adversas. Esta tradición o perspectiva se ha relacionado con diferentes variables como la satisfacción vital, la felicidad y los afectos positivos (Díaz et al., 2006; García y González, 2000; Tomás, Meléndez y Navarro, 2008), así como la adaptación social y emocional (Lázaro, 2005).

Todos estos aspectos experimentan una profunda transformación durante la adolescencia, constatándose que, más allá de lo que pudiera pensarse, el bienestar entre los adolescentes se mantiene en unos niveles aceptables (Casas, 2010; Casas et al., 2013).

Otros estudios muestran la existencia de diferencias de género en el bienestar adolescente, si bien los resultados no son consistentes. Por ejemplo, algunos revelan que las mujeres tienen menores niveles de bienestar, con mayor agotamiento físico y mental que los hombres (Alvarado, Zunzunegui, Béland y Bamvita, 2008; Oh, Ozkaya y LaRose,

2014). Sin embargo, otras investigaciones (Hicks, Epperly y Barnes, 2001; Pinquart y Sorensen, 2001) han encontrado niveles de bienestar más altos en las mujeres, que podrían explicarse por su mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad.

En general, la percepción subjetiva de bienestar psicológico es un constructo que se ha asociado a otras variables psicológicas como la autoestima, la satisfacción con la vida o la depresión (Winocur et al., 2007), y que tiene una asociación significativa con otros indicadores más objetivos, como el número y relevancia de síntomas y dificultades que refieren los adolescentes, así como la posible agudización de problemas crónicos el asma o la obesidad entre otros (Beaman, Reyes, García y Cortés, 2004). Así mismo, el logro y mantenimiento de este bienestar se relaciona, de forma directa, con el apoyo social y el establecimiento de relaciones interpersonales significativas con el grupo de iguales, que adquieren en esta etapa un papel relevante (Valkenburg, Peter y Schouten, 2006).

En este sentido, durante la adolescencia temprana, los adolescentes se vuelven más confidentes con el grupo de pares y comienza un proceso de individuación y distanciamiento del grupo familiar (Salmera-Aro, 2011). Tras estos primeros años, y una vez entrados ya en la adolescencia media, las relaciones de los adolescentes con sus iguales se tornan más íntimas de forma progresiva, generándose mayor nivel de comunicación y soporte en las mismas. Estas relaciones de amistad, que en los primeros momentos se centran en mayor medida en personas del mismo género, se generalizan con el paso de la edad (Piehler, 2011), apreciándose en la adolescencia tardía un mayor desarrollo comunicativo y mayor complejidad e intimidad en las relaciones de amistad, alcanzándose una autonomía social semejante a la adulta con unas relaciones entre iguales más íntimas (Salmera-Aro, 2011).

Estos cambios en la forma de comprender y estructurar las relaciones interpersonales están condicionados por los sucesivos avances de naturaleza cognitiva. El

adolescente, en su relación con los iguales, tiene la oportunidad de someter a prueba ideas y explicaciones que pueden entrar en conflicto con las propias, así como discutir y elaborar perspectivas múltiples, asumir o rechazar diferentes opiniones (Piehler, 2011). La relación con los iguales posibilita que el adolescente modele y elabore sus propios valores e ideologías, a la vez que permite desarrollar y poner en funcionamiento una serie de nuevas habilidades sociales ajustadas a la realidad que viven como: la intimidad, la reciprocidad o el compromiso. Todos estos aspectos diferencian, básicamente, las relaciones de amistad adultas de las infantiles.

Las relaciones de amistad cumplen una trascendental función de apoyo emocional durante estos años. Los adolescentes encuentran en los amigos referentes con los que compartir experiencias de vida similares, ocupando un papel relevante en el proceso de desvinculación de los padres, facilitado por el hecho de compartir el mismo estatus y estar atravesando por los mismos procesos de cambio. Los pares ofrecen la posibilidad de una relación igualitaria con una menor tendencia a enjuiciamientos acerca de su conducta y con mayor aceptación que en la relación con los adultos, que cumplen, en mayor medida, el papel de expertos y figuras de autoridad (Piehler, 2011). En este sentido, la elección del grupo de amigos tiene una gran trascendencia dado que mediatizan las formas de pensar, los valores y conductas de los adolescentes, convirtiéndose en un grupo no sólo de pertenencia sino también de referencia.

Durante la adolescencia se asiste al despliegue de una serie de relaciones y conductas interpersonales que posibilitan expandir el mundo social del adolescente y desligarse del grupo familiar, único referente durante la etapa anterior, en un continuo avance en la consecución de la autonomía e identidad personal y con un fuerte impacto en las relaciones y conductas interpersonales. En este proceso, el contexto escolar cumple un papel preponderante, dado que es en el que se producen buena parte de las interacciones

con los iguales. La propia estructura escolar y las relaciones que en torno al mismo se producen varían durante estos años, haciendo necesario un análisis más pormenorizado acerca de la influencia del mismo a lo largo de esta etapa.

Dado el carácter público y global de la educación en el momento actual en los países desarrollados, los centros educativos cumplen el objetivo de formar y preparar a niños y adolescentes desde los 3-4 años hasta el cuarto curso de la Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.), o su equivalente hasta los 16 años. Más allá de la evidente función académica y de adquisición de diferentes niveles educativos, el desarrollo y la maduración cognitiva así como la adquisición de habilidades socioemocionales son inherentes a las actividades académicas y sociales que tienen lugar en los centros educativos (Weist, Rubin, Moore, Adelsheim y Wrobel, 2007).

El entorno educativo se convierte, de esta forma, en un contexto privilegiado en el cual los adolescentes pueden interrelacionarse tanto con tutores y profesores, figuras de autoridad, como con los iguales. Por ello, constituye un lugar determinante para el desarrollo intelectual, emocional y social (Weist, Rubin, Moore, Adelsheim y Wrobel, 2007), facilitando la exploración de diferentes roles, así como la progresiva adquisición y construcción de la personalidad (Harter, 2011; Marcia, 2001).

En consecuencia, este entorno educativo formal, además de ofrecer la oportunidad de someter a prueba conocimientos y habilidades, comporta la satisfacción de exigencias tanto académicas como sociales que implican un importante esfuerzo personal (Alsaker y Vilén, 2010; Flammer y Alsaker, 2006), pudiendo resultar un contexto potencialmente estresante para el adolescente.

Por otra parte, la entrada de la adolescencia coincide con la transición de la educación primaria a la E.S.O. que puede conllevar cambios de compañeros, profesores

y/o cambios de centro escolar desde la Escuela de Educación Primaria hacia el Centro de Educación Secundaria. Esto contribuye al potencial carácter estresante del entorno educativo, dado que exige adaptación a nuevos contextos y apertura hacia nuevas relaciones interpersonales, así como la toma de decisiones, al final de la etapa, respecto a su futura formación para la preparación profesional.

En suma, el contexto escolar constituye un lugar relevante en el cual no sólo se favorece y posibilita el desarrollo cognitivo, sino que tienen lugar una amalgama de interrelaciones tanto con figuras de autoridad como con los compañeros que posibilitan la exploración y el desarrollo de toda una serie de habilidades y competencias sociales determinantes para los años posteriores. Así mismo, en la medida en que en él tienen lugar estas conductas interpersonales y exige la superación y cumplimiento de los requisitos académicos, se convierte en una potencial fuente de estrés que puede conducir, si no son bien orientados, hacia desajustes de carácter personal, académico y emocional propios de este momento del desarrollo (Weist, Rubin, Moore, Adelsheim y Wrobel, 2007).

De todo lo expuesto se deduce que resulta esencial el análisis de las diferentes capacidades, dificultades o problemáticas que pueden presentarse durante la adolescencia a nivel cognitivo, comportamental, emocional o relacional, siendo el contexto escolar, un escenario clave en su manifestación (Mulloy, Evangelista, Betkowski y Weist, 2011). El análisis de estos aspectos en el contexto escolar proporciona una información trascendental tanto a los padres como al conjunto de la comunidad educativa que posibilita la articulación y ajuste de la intervención psicoeducativa en función de ellos, previniendo posibles dificultades en el bienestar de la persona (Mulloy, Evangelista, Betkowski y Weist, 2011; Weist, Rubin, Moore, Adelsheim y Wrobel, 2007).

Capítulo 4. Evaluación y detección de síntomas emocionales y comportamentales en la adolescencia

Como se ha mencionado anteriormente, los cambios biopsicosociales que acontecen durante la adolescencia contribuyen a que en esta etapa las personas se encuentren más vulnerables a la presentación de problemas en el ajuste o adaptación y, por lo tanto, a diferentes dificultades psicológicas (Levesque, 2011).

A nivel internacional, las investigaciones sitúan la tasa de prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia y la adolescencia en torno al 5-20% (Belfer, 2008; Blanchard, Gurka y Blackman, 2006; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Kessler et al., 2012; Patel, Flisher, Hetrick y McGorry, 2007; Ravens-Sieberer et al., 2008).

En el panorama nacional, La Encuesta nacional de Salud España 2006, llevada a cabo a través del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) [Cuestionario de Capacidades y Dificultades] (Goodman, 1997), detectó que entre un 10-20% de los niños y adolescentes españoles presentaban algún tipo de trastorno mental, destacando que en un 4-6% de los casos éste era grave. Estudios previos dentro de nuestras fronteras muestran unas tasas de prevalencia de diferentes dificultades de tipo comportamental y emocional similares, tanto en la población general (Bones, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2010; Haro et al., 2006), como en población adolescente (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giraldez, Paino-Pineiro, Villazon-Garcia y Muniz, 2010; Sandoval, Lemos y Vallejo, 2006).

De acuerdo con otros trabajos, un porcentaje elevado de niños y adolescentes puede presentar a lo largo de su vida dificultades en el ajuste psicológico, ocasionando un claro impacto, no sólo en las esferas personal, académica, familiar y social, sino también a nivel económico y sanitario (Blanchard, Gurka y Blackman, 2006; Domino et al., 2009; Simpson, Bloom, Cohen, Blumberg y Bourdon, 2005). Estas dificultades se inician en un 50% de los casos en la niñez y/o adolescencia antes de los 15 años y, habitualmente, su sintomatología se mantiene estable hasta la edad adulta (Cohen, 2008; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Kim-Cohen et al., 2003; Widiger, De Clercq y De Fruyt, 2009). Además, se debe tener en cuenta que la presencia de sintomatología afectiva y comportamental a nivel subclínico incrementa el riesgo posterior de desarrollar un trastorno mental de tipo severo (Cohen, Crawford, Johnson y Kasen, 2005; Klein, Shankman, Lewinsohn y Seeley, 2009; Najman et al., 2008; Welham et al., 2009).

Todo ello explica que los patrones de salud y enfermedad en la infancia y adolescencia hayan cambiado durante el último siglo, en lo que se conoce como la "nueva morbilidad" (Palfrey, Tonniges, Green y Richmond, 2005). De esta forma, mientras que problemas como epidemias o infecciones han ido disminuyendo, los problemas de salud mental como trastornos emocionales o conductuales van adquiriendo mayor relevancia (Drabick y Kendall, 2010; Fonseca-Pedrero, Lemos-Giraldez, Paino-Pineiro, Villazon-Garcia y Muniz, 2010), generándose una progresiva toma de conciencia social de las necesidades en materia de salud mental de los adolescentes (Mulloy, Evangelista, Betkowski y Weist, 2011).

Hoy en día existe un mayor interés por la valoración de las consecuencias de la falta de diagnóstico de este tipo de dificultades y problemáticas, así como los beneficios consecuentes de la detección y evaluación en la infancia y la adolescencia (Mulloy, Evangelista, Betkowski y Weist, 2011; Steinberg y Morris, 2001), evidenciando la

necesidad de la detección temprana de indicadores de desajuste para prevenir sus consecuencias y gestionar de una forma más eficaz recursos sanitarios existentes.

4.1. La detección y evaluación psicológica en el ámbito educativo: instrumentos de medida para la evaluación emocional y comportamental en la adolescencia

La entrada en el siglo XXI ha traído consigo un importante cambio en la conceptualización de la salud y, con ello, una mayor focalización e interés en la psicología positiva, así como un interés específico en el desarrollo óptimo en la infancia y adolescencia (Lerner et al., 2011). Con ello, se ha incrementado la concienciación acerca de la importancia de valorar la adaptación y ajuste del adolescente en diferentes contextos interpersonales, escolares y comunitarios (Smetana, Campione-Barr y Metzger, 2006), dado el probado impacto de los problemas de ajuste en el propio individuo y en la familia y su posible repercusión a nivel escolar, económico y sanitario (Blanchard, Gurka y Blackman, 2006; Domino et al., 2009; Simpson, Bloom, Cohen, Blumberg y Bourdon, 2005).

Consecuentemente, en las dos últimas décadas ha aumentado el interés de la investigación en la identificación de niños y adolescentes con riesgo de presentar algún tipo de problemática emocional y/o conductual (Erol, Simsek, Oner y Munir, 2005). La detección temprana de este tipo de problemáticas resulta especialmente indicada en la medida que su presencia o ausencia se ha mostrado como predictora del nivel de ajuste y del bienestar de los adolescentes en diferentes contextos, incluido el escolar (Widiger, De Clercq y De Fruyt, 2009). La ausencia de este tipo de detección puede conducir a que los jóvenes no desarrollen todo su potencial académico debido a cursos atípicos del desarrollo que pasan desapercibidos.

La prevención, detección y tratamiento de este tipo de dificultades es importante, no sólo para solucionar los problemas detectados, sino también para mejorar el funcionamiento adulto, así como para prevenir la consolidación de dificultades y problemáticas en futuras generaciones (Ford, Goodman y Meltzer, 2003). De igual forma, la detección temprana de las dificultades existentes permite identificar trastornos que pueden pasar inadvertidos, con el fin de evitar que causen mayores problemas personales, sociales y económicos, dada la posibilidad de agravamiento y peor pronóstico (Levitt, Saka, Romanelli y Hoagwood, 2007).

A pesar de los esfuerzos destinados a esta detección, diferentes investigaciones sugieren que sólo una minoría de la población infanto-juvenil con necesidades de intervención en el área de salud mental acude a servicios especializados (Angold et al., 1998; Ford, Hamilton, Meltzer y Goodman, 2008). Es decir, las estrategias para la prevención primaria (prevención de la aparición de sintomatología), así como para la prevención secundaria (identificación y tratamiento de individuos asintomáticos que han desarrollado factores de riesgo o rasgos preclínicos pero cuya condición clínica no se ha manifestado), no están aún bien desarrolladas en la población infanto-juvenil (Du, Kou y Coghill, 2008). Ello da lugar al incremento de la prevención terciaria para el tratamiento de los síntomas psicológicos, una vez manifestada la condición clínica, lo cual revierte en una mayor dificultad de intervención, con peores resultados y costes añadidos (Ford, Hamilton, Meltzer y Goodman, 2008).

De acuerdo con el modelo de salud pública del Instituto de Medicina (Institute of Medicine, 2001), las estrategias de detección pueden ser categorizadas en: a) universal, destinada a toda la población infanto-juvenil, b) selectiva, dirigida a aquellos miembros que se encuentran en un mayor riesgo de tener algún tipo de problema psicológico y c) indicada, aquella que se destina a individuos que ya presentan rasgos clínicos y/o

subclínicos con la intención de constatar el diagnóstico y posibilitar la intervención. La selección de un tipo u otro de detección puede ir en función de diferentes aspectos tales como los recursos o el propósito de la evaluación (Levitt, Saka, Romanelli y Hoagwood, 2007).

En la actualidad, dentro del ámbito educativo, los psicólogos escolares están orientando sus roles más allá de la intervención, prestando un mayor interés a la prevención, priorizando la detección universal sobre la selectiva y la indicada (Cummings et al., 2004; Hoagwood y Johnson, 2003). Todo ello ha generado la necesidad de instrumentos de medida breves y sencillos, con puntuaciones fiables y válidas que posibiliten la detección y evaluación temprana del ajuste a nivel emocional, comportamental y relacional de niños y adolescentes (Hill y Hughes, 2007).

El contexto escolar adquiere una gran relevancia de cara al análisis de diferentes tipos de dificultades y problemáticas de salud mental puesto que en el mismo se presentan buena parte de éstas, siendo por ello un marco óptimo y clave para la detección en edad adolescente (Mulloy, Evangelista, Betkowski y Weist, 2011). En este sentido, el hecho de llevar a cabo pruebas de detección puede ser relevante a lo largo de todos los años del desarrollo, pero su administración es especialmente recomendable tanto en momentos relacionados con transiciones del desarrollo, como en transiciones que guardan relación con aspectos contextuales tales como el cambio de un ciclo educativo a otro (Mulloy, Evangelista, Betkowski y Weist, 2011).

Diferentes situaciones escolares y eventos académicos a veces rutinarios como la inclusión y socialización dentro de un grupo escolar, la adecuación a normas o las relacionadas académicamente con la evaluación y calificación, pueden ser potenciales fuentes de estrés. En concreto, se ha probado su relación con respuestas de ansiedad y otras de carácter biopsicológico, como el incremento de la presión arterial o el aumento

del ritmo cardiaco (Conley y Lehman, 2012; Lehman y Conley, 2010). Todo ello incide tanto en el rendimiento académico como en la adaptación y bienestar del adolescente (Lehman, Taylor, Kiefe y Seeman, 2009), con un impacto mayor entre aquellos escolares con algún desajuste previo.

En consecuencia, la detección preventiva en el ámbito escolar se convierte en un aspecto esencial que genera la oportunidad de una intervención temprana que puede repercutir no sólo en el rendimiento académico, sino, de forma más global, en la adaptación al contexto escolar y en el bienestar global de niños y adolescentes (Radcliffe, Stevenson, Lumley, D'Souza y Kraft, 2010).

No obstante, a pesar de la progresiva concienciación sobre la importancia de la evaluación del ajuste en población infanto-juvenil, la detección de problemáticas en el contexto escolar está dificultada por diferentes factores. Por ejemplo, la escasez de tiempo puede ser un aspecto crítico, dado que la administración de las pruebas puede mediatizar el funcionamiento y dinámica de la clase y, por lo tanto, de los alumnos y de los propios profesores (Weist, Rubin, Moore, Adelsheim y Wrobel, 2007).

En suma, se hace necesaria la elaboración o selección de instrumentos de medida que permitan la obtención de puntuaciones fiables y diferentes evidencias de validez, posibilitando la detección de dificultades y problemáticas, así como de las capacidades y fortalezas de la persona. Todo ello, intentando primar la brevedad en su administración.

Entre los diferentes instrumentos válidos para la evaluación de desajustes emocionales y comportamentales destacan las entrevistas y los autoinformes. Cada uno de ellos presenta ventajas e inconvenientes, dependiendo la elección de uno u otro de los objetivos y del contexto de aplicación.

La entrevista, en sus distintas modalidades (semiestructurada, estructurada), es el método más común de evaluación (Caballo, 2006). Más allá de facilitar la comunicación, proporciona la oportunidad de llevar a cabo observaciones conductuales, recoger información de múltiples fuentes y facilitar la formulación de estrategias de tratamiento, sin olvidar que posibilita la construcción de la relación entrevistado-entrevistador (Buela-Casal y Sierra, 2009). Las entrevistas pueden ser de más utilidad que los autoinformes en el caso de participantes con dificultades de concentración o con problemas para entender el lenguaje escrito, posibilitando la valoración de síntomas de difícil detección con escalas autoaplicadas: síntomas psicomotores (retardo o agitación psicomotora), «insight» (conciencia de enfermedad), ideas delirantes, etc. (Rush, First y Blacker, 2008).

Al mismo tiempo, las entrevistas estructuradas permiten el establecimiento de diagnósticos, aunque también se utilizan como: instrumento de *screening* para maximizar la intervención, instrumento de investigación clínica y como herramienta de apoyo en contextos de salud mental para formar en diagnósticos. En suma, las entrevistas, en comparación con los autoinformes, presentan la ventaja de un diagnóstico más elaborado y formal, si bien entre sus principales inconvenientes se encuentra que implican un mayor coste en tiempo y recursos de personal para su administración (Buela-Casal y Sierra, 2009; Rush, First y Blacker, 2008). Para una revisión detallada de las características psicométricas de estos instrumentos puede consultarse la literatura especializada (Buela-Casal y Sierra, 2009; Caballo, 2006; Ezpeleta, 2001; Fernández-Ballesteros, 2004; Fisher y Corcoran, 2007; Moreno-Rosset, 2005; Rush, First y Blacker, 2008).

Los autoinformes son una opción preferente si se atiende a la relación entre costes y beneficios (Caballo, Salazar y Carrobles, 2011). Presentan la ventaja de ser más rápidos y fáciles de administrar que otro tipo de pruebas como las entrevistas o los registros psicofisiológicos (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino y Muñiz, 2011), si bien

presentan una serie de inconvenientes que conviene reseñar. Una de las principales críticas que reciben es el hecho de que resultan más vulnerables a la manipulación, simulación, exageración u ocultamiento de la sintomatología (Moreno-Rosset, 2005). Otra posible crítica se centra en su limitado valor (p. ej., en el ámbito de los trastornos de la personalidad), dado que los diferentes sesgos de respuesta, así como los factores referidos de simulación o deseabilidad social, distorsionan la detección de problemas (Buela-Casal y Sierra, 2009). Así mismo, en contraste con las pruebas de entrevista, posibilitan el establecimiento de comparaciones de una forma menos compleja, debido a que las medidas son obtenidas en el mismo momento y con las mismas condiciones, al contrario de lo que sucede con aquellas. Para ver revisiones más detalladas pueden consultarse fuentes especializadas (Buela-Casal y Sierra, 2009; Caballo, 2006; Fernández-Ballesteros, 2004).

Las pruebas de autoinforme han emergido con el fin de facilitar el acercamiento a las principales problemáticas entre las que destacan, en la población infanto-juvenil, los problemas de conducta, la hiperactividad y/o los problemas emocionales (Lien, Green, Welander-Vatn y Bjertness, 2009). Un instrumento de medida que pretenda servir de detección en este sector de la población debe recoger una o varias de las facetas mencionadas (Fisher y Corcoran, 2007). Por otro lado, la valoración de trastornos menos frecuentes como p.ej. la psicosis o autismo, entre otros, comporta el uso de pruebas más específicas y concretas (Rush, First y Blacker, 2008) dado que exceden la potencia de los cuestionarios y son menos prevalentes.

Entre las dos principales pruebas de autoinforme destinadas a la detección de problemáticas generales de tipo conductual y emocional en la juventud, durante los últimos años, destacan los cuestionarios Rutter (Rutter y Graham, 1966), y los pertenecientes al sistema ASEBA (*Achenbach System of Empirically Basic Assesment*)

(Achenbach, 1991a, 1991b, 1991c; Achenbach y Rescorla, 2001, 2007). Recientemente, ha cobrado especial relevancia el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997) dado que, como se expondrá, presenta una serie de características, como su brevedad o la inclusión de una subescala de comportamiento prosocial, que lo hacen más recomendable que los dos anteriores en ciertos aspectos, tal y como se explica a continuación.

En los años sesenta se desarrollaron los cuestionarios Rutter (Rutter y Graham, 1966) para la detección de problemáticas de naturaleza emocional y conductual, constatándose su validez y fiabilidad (Goodman, 1994; Rutter y Graham, 1966). No obstante, estos cuestionarios no contemplan algunas áreas de interés para la psicología y psiquiatría infanto-juvenil actual como las capacidades prosociales o la hiperactividad (Koskelainen, Sourander y Kaljonen, 2000).

El sistema ASEBA, construido originalmente por Achenbach (Achenbach, 1991a, 1991b, 1991c) es uno de los sistemas de evaluación multiaxial más conocidos para la detección de problemas de salud mental en población infanto-juvenil. En su versión del año 2000 se enriqueció incluyendo nuevas versiones hetero/autoinformantes destinadas tanto a jóvenes *Youth Self Report* (YSR/11-18), como a profesores (*Teachers' Report Form* (TRF/6-18) y padres *Check Behaviour Check List* (CBCL/6-18) (Achenbach y Rescorla, 2001).

No obstante, las diferentes versiones del ASEBA presentan algunos inconvenientes. En concreto, los cuestionarios CBCL y YSR (Achenbach y Rescorla, 2001) presentan la ventaja de ser más actuales que los cuestionarios Rutter y de abarcar un mayor número de problemáticas, pero consumen más tiempo en su administración dado que tienen más de 100 ítems (Bourdon, Goodman, Rae, Simpson y Koretz, 2005; Koskelainen, Sourander y Kaljonen, 2000).

De esta forma, los instrumentos de medida pertenecientes al ASEBA, en cualquiera de sus formas, así como otros usados para el mismo propósito como la *Behavior Assesment System for Children* (Reynolds y Kamphaus, 1992), presentan el inconveniente de su lentitud en la administración, resultando, con frecuencia, arduos y repetitivos para los niños y adolescentes (Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwb-Stone, 2008). Este inconveniente es metodológica y clínicamente relevante, dado que la brevedad en la respuesta a un cuestionario permite mantener la motivación durante su cumplimentación, hecho especialmente importante cuando se administra en poblaciones poco predispuestas como puede ser el caso de estudios epidemiológicos en población adolescente. Más aún, la brevedad del instrumento es una característica que posibilita que las personas se involucren en el mismo y lo valoren de forma más positiva (Buela-Casal y Sierra, 2009).

Por ello, es preciso investigar otras alternativas de evaluación como el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997). El SDQ es un instrumento de detección de problemas conductuales, emocionales y de relación que posibilita, a la vez, la valoración de fortalezas en el ámbito social. La utilización del SDQ permite la obtención de unas puntuaciones fiables, a la vez que no presenta los inconvenientes de los anteriores, siendo un cuestionario breve y de fácil administración (Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwb-Stone, 2008; Vostanis, 2006). Al mismo tiempo, es un instrumento de *screening* que podría tener un valor relevante para los psicólogos escolares de cara a las prácticas orientadas a la prevención y la salud pública (Hoagwood y Johnson, 2003).

Como se recoge en la Tabla 1, el SDQ, en contraste con los cuestionarios CBCL y Rutter, muestra unas evidencias de validez y fiabilidad de las puntuaciones semejantes, siendo seis veces más breve y permitiendo la detección de capacidades y fortalezas del adolescente. Teniendo en cuenta que la adolescencia implica un proceso de cambio sucesivo, es importante detectar, más allá de estados emocionales negativos, las fortalezas

de la persona con el fin de potenciarlas (Mash y Wolfe, 2010). Por ello, los instrumentos de medida destinados a la detección de problemáticas en este tipo de población deben atender a ello, cuestión que se cumple en el SDQ. Más aún, el hecho de que un instrumento de medida contenga ítems destinados a valorar aspectos positivos redunda en la aceptación del mismo, motivando en sentido positivo a quien lo cumplimenta (Caballo, 2006).

Tabla 1. Comparativa de las principales características: cuestionarios Rutter, ASEBA y *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

	SDQ	Rutter	ASEBA
Número de ítems	25-34	Más de 100	Más de 100
Ítems positivos	+		
Versiones:			
Padres	+	+	+
Profesores	+	+	+
Autoinformada	+	-	+
Versión de seguimiento disponible	+	-	-
Cobertura de:			
Problemas de conducta	+	+	+
Síntomas emocionales	+	+	+
Hiperactividad/déficit de atención	+	+	+
Relación con iguales	+	+	+
Conducta prosocial	+	-	-
Impacto de los síntomas	+	-	-

4.2. El *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) como instrumento de evaluación: características psicométricas y epidemiológicas

El SDQ (Goodman, 1997) es un cuestionario de *screening* diseñado para la detección de diferentes problemáticas de naturaleza conductual, emocional y relacional, así como de capacidades relacionadas con conductas prosociales desde los tres a los diecisiete años.

Existen tres versiones del instrumento de medida: una para padres, una para profesores y otra tipo autoinforme. Las versiones para padres y profesores están destinadas para niños y adolescentes entre 3-17 años, mientras que la versión de autoinforme se aconseja administrar a partir de los 11 años, ya que a esta edad se presupone un nivel de introspección necesario para su cumplimentación. Existe, igualmente, una versión extendida (SDQ *Extended Version*) (Goodman, 1997), así como versiones para padres y profesores que abarcan únicamente las edades de 3-4 años en las que los ítems correspondientes a comportamiento antisocial han sido substituidos por ítems que miden oposición a la norma, dado su mayor ajuste a las características de este momento del desarrollo.

El SDQ fue construido por Goodman (1994) mediante criterios empíricos a partir de una versión modificada del cuestionario para padres de Rutter (Rutter y Graham, 1966). La modificación de Goodman consistió en la inclusión de diferentes ítems positivos, junto con la inclusión de diferentes ítems de la versión para padres del Cuestionario de Comportamiento Prosocial (*Prosocial Behaviour Questionnaire*) (Weir, Stevenson y Graham, 1980). El análisis factorial resultante determinó la idoneidad de las cinco dimensiones que actualmente componen el SDQ (Goodman, 1997): 1) *Problemas Emocionales*; 2) *Problemas Conductuales*; 3) *Problemas con los Compañeros*; 4) *Hiperactividad*; y 5) *Prosocial*. Las cuatro primeras subescalas, cada una con cinco ítems,

configuran una puntuación Total de Dificultades. La versión simple del SDQ, con sus 25 ítems, se complementa con una versión extendida denominada *suplemento de impacto*, destinada tanto a padres, como a profesores y a los propios niños/adolescentes. En ambas versiones el formato de respuesta original del SDQ es tipo *Likert* con tres opciones: *No, nada*; *A veces*; *Sí, siempre*, puntuable 0, 1 y 2, respectivamente.

Goodman (1997) estableció una serie de criterios para la construcción del SDQ a los cuales responde su formato final: a) no ser más largo de una página, b) atender al menos un rango de edad comprendido entre los 4-16 años, c) tener versiones de padres y profesores idénticas y la versión de autoinforme (11-16 años) muy similar, d) atender tanto a las dificultades como a las fortalezas de la persona y e) tener el mismo número de ítems en cada dimensión del cuestionario (Goodman, 1997).

El hecho de que se componga de 25 ítems, hace del SDQ un instrumento breve y de fácil administración, pudiendo ser cumplimentado en un tiempo estimado de cinco minutos (Mellor, 2004). Otra ventaja del SDQ es que puede descargarse de forma sencilla y gratuita a través de la página de Internet (http://www.sdqinfo.com), en donde se aporta toda la información para su administración de forma estandarizada. Finalmente, el SDQ resulta especialmente atractivo para estudios multicéntricos a nivel internacional, siendo útil para poder establecer comparativas entre las diferentes puntuaciones, existiendo traducciones del mismo en más de 60 idiomas (Shojaei, Wazana, Pitrou y Kovess, 2009).

En resumen, las principales características del SDQ son la facilidad y el ahorro en coste personal y temporal en su administración. Además, la complejidad de respuesta para el adolescente es menor y mantiene unas adecuadas propiedades métricas respecto a los cuestionarios pertenecientes al ASEBA en sus diferentes versiones. Por este motivo, puede ser administrado por personal que no necesariamente requiere de un gran entrenamiento o formación en el área de salud mental, como demuestra su disponibilidad en red.

Finalmente, dado que en el contexto educativo los psicólogos escolares orientan sus roles también hacia la prevención y la salud (Cummings et al., 2004; Hoagwood y Johnson, 2003), precisan de instrumentos de medida como el SDQ que sean breves, accesibles, que recojan muestras de comportamiento de forma fiable y válida y que posibiliten, a su vez, la detección del ajuste a nivel emocional, comportamental y relacional (Hill y Hughes, 2007).

4.2.1. *Propiedades psicométricas del SDQ: fiabilidad de las puntuaciones y evidencias de validez*

Las propiedades psicométricas del SDQ han sido objeto de distintos estudios que han tratado de analizar la fiabilidad de las puntuaciones, así como de recoger diferentes evidencias de validez de su estructura interna y de relación con otras variables externas (Niclasen et al., 2012; Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwb-Stone, 2008; Stone, Otten, Engels, Vermults y Janssens, 2010).

La estimación de la fiabilidad de las puntuaciones, calculada mediante el alfa de Cronbach, ha constatado unos niveles adecuados en cuanto a su consistencia interna en la mayoría de los estudios (Ver Tabla 2).

.

Tabla 2. Principales investigaciones que analizan la consistencia interna de las puntuaciones del *Strengths and Difficulties Questionnaire.*

	Investigaciones									
SDQ	Goodman et al., (1998)	Koskelainen et al., (2001)	Goodman (2001)	Becker et al., (2004)	Mellor (2004)	Muris et al., (2004)	Mellor y Stokes (2007)	Ruchkin et al., (2007)	Ruchkin et al., (2008)	Rothenberg et al., (2008)
Emocional	0,75	0,71	0,66	0,77	0,65	0,63	0,72	0,72	0,69	0,68
Conductual	0,72	0,62	0,6	0,58	0,64	0,46	0,68	0,45	0,55	0,58
Compañeros	0,61	0,53	0,41	0,65	0,59	0,41	0,65	0,44	0,47	0,62
Hiperactividad	0,69	0,69	0,67	0,65	0,75	0,68	0,8	0,55	0,56	0,79
Prosocial	0,65	0,98	0,66	0,78	0,66	0,6	0,74	0,6	0,64	0,66
Total de Dificultades	0,82	0,64	0,8	0,78	0,76	0,76	-	-	-	0,82

Como se observa en la Tabla 2, sólo la subescala de *Problemas Conductuales* así como, de forma especial, la de *Problemas con los Compañeros* muestran en algunos casos unos niveles inferiores a 0,7 (Becker, Hagenberg, Roessner, Woerner y Rothenberg, 2004; Goodman, 2001; Koskelainen, Sourander y Vauras, 2001; Mellor, 2004; Mellor y Stokes, 2007; Muris, Meesters, Eijkelenboom y Vincken, 2004; Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch, 2004; Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwb-Stone, 2008; Ruchkin, Koposov y Schwb-Stone, 2007; Yao et al., 2009). Por ejemplo, el estudio de Rothenberg, Becker, Erhart, Wille y Ravens-Sieberer (2008), presentó un alfa de Cronbach de 0,82 para la puntuación *Total de Dificultades*, mientras que los valores para las subescalas de *Problemas Conductuales* y *Problemas de Compañeros* son los más bajos con unos valores de 0,58 y 0,62 respectivamente. No obstante, Gómez (2012) encontró unos niveles de fiabilidad que oscilaron entre 0,60 para *Problemas de Compañeros* y 0,70 para *Hiperactividad*, siendo la subescala de *Problemas Conductuales* el segundo valor más elevado con 0,68. Otros estudios han analizado la fiabilidad test-retest del SDQ (Mellor, 2004; Svedin y Priebe, 2008), obteniendo unos valores entre 0,47 y 0,76. A continuación, se recogen en la Tabla 3 las principales investigaciones llevadas a cabo con el SDQ en torno al estudio de la estructura interna.

Tabla 3. Principales investigaciones que analizan la estructura interna de las puntuaciones del *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

Estudio	**Muestra**		**Versión SDQ**	**Tipo de análisis factorial**	**Número de factores encontrados**
	Nacionalidad	***N*** **Rango de Edad**			
Smedje, Broman, Hetta y von Knorring (1999)	Suecia	900 6-10	SDQ (P)	AFC	5 Mejor 6
Koskelainen, Sourander y Kaljonen (2000(2000)	Finlandia	735 7-15	SDQ (P,T,S)	ACP	5
Thabet, Stretch y Vostanis (2000)	Gaza	322 3-16	SDQ (P,T,S)	AFC	5
Woerner, Friedrich, Becker, Goodman y Rothenberger (2002)	Alemania	930 6-16	SDQ (P)	AFE	5
Goodman (2001)	Gran Bretaña	10438 5-15	SDQ (P,T,S)	ACP	5
Koskelainen, Sourander y Vauras (2001)	Finlandia	1458 13-17	SDQ (S)	ACP	5 3
Muris, Meesters y van den Berg (2003)	Holanda	562 9-15	SDQ (P,T,S)	ACP	5
Almaqrami y Shuwail (2004)	Yemen	600 12-17	SDQ (S)	AFE	5
Becker et al., (2004)	Alemania	214 11-17	SDQ (S)	ACP	5
Dickey y Blumberg (2004)	EEUU	9574 4-17	SDQ (P)	AFE, ACP AFC	3
Muris, Meesters, EijKelenboom y Vincken (2004)	Holanda	1111 8-13	SDQ (S)	ACP	4 5
Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch (2004)	Noruega	4167 11-16	SDQ (S)	AFC	5 pero con desajustes
Kashala, Elgen, Sommerfelt y Tylleskar (2005)	Congo	1187 7-9	SDQ (T)	ACP	5 2 de Hiperactividad
Mojtabai (2006)	EEUU U.K	8034 7970 5-16	SDQ (P)	AFC	3

Tabla 3. Principales investigaciones que analizan la estructura interna de las puntuaciones del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Continuación).

Van Leeuwen, Meerschaert, Bosmans, De medts y Braet (2006)	Alemania	3179 4-8	SDQ (P, T)	AFC AFE	3 5
Hill y Hughes (2007)	EEUU	784 Niños	SDQ (P,T)	ACP	5
Mellor y Stokes (2007)	Australia	914 7-17	SDQ (P,T,S)	AFC	5 con desajustes
Palmieri y Smith (2007)	EEUU	733 *M*= 56,1	SDQ (P)	ACP	3 4 mejor
Ruchkin, Koposov y Schwab-Stone (2007)	Rusia	2892 13-18	SDQ (S)	AFC	5
Mazur, Tabak y Kololo (2007)	Polonia	774 14	SDQ (S)	AFE	5
d'Acremont (2008)	Suiza	557 Adolescentes	SDQ (T)	AFC	5
Matsuishi et al., (2008)	Japón	2899 4-12	SDQ (P)	AFE	5
Percy, McCrystal y Higgins (2008)	Irlanda	3753 12	SDQ (S)	AFE AFC	AFE: 3 AFC: 5 cuestionable
Rothenberg et al., (2008)	Alemania	2406 7-16	SDQ (P,S)	AFE AFC	5
Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwab-Stone (2008)	EEUU	> 5000 13-14	SDQ (S)	AFE y ACP AFC	5 3 Mejor
Svedin y Priebe (2008)	Suecia	1015 17-19	SDQ (S)	AFC	7 5
Van Roy, Veenstra y Clench-Aas (2008)	Noruega	26269 10-19	SDQ (S)	AFC	5
Giannakopoulos et al., (2009)	Grecia	1194 11-17	SDQ (P,S)	AFC	5
Sanne, Torsheim, Heiervang y Stormark (2009)	Noruega	6430 Padres 8999 Profesores	SDQ (P,T)	AFC AFE	5 Mejor 3
Yao et al., (2009)	China	1135 11-18	SDQ (S)	AFC	5
Di Riso (2010)	Italia	1394 *M*= 9,04	SDQ (P)	AFC	3

Tabla 3. Principales investigaciones que analizan la estructura interna de las puntuaciones del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Continuación).

Goodman, Lamping y Ploubidis (2010)	Gran Bretaña	18222 5-16	SDQ (P,T,S)	ACP AFC	3 5 y 2 de segundo orden
Stone, Otten, Engels, Vermults y Janssens (2010)	Revisión de 48 estudios	131223 4-12	SDQ	AFC	8 estudios= 4 5 estudios= 5
Richter, Sagatun, Heyerdahl, Oppedal y Røysamb (2011)	Noruega	> 6000 15-16	SDQ (S)	AFC	5
Van de Looij-Jansen, Goedhart, de Wilde y Treffers (2011)	Holanda	11881 11-16	SDQ (S)	AFC	5 Mejor 4
Ezpeleta, Granero, de la Osa, Penelo y Domènech (2012)	España	1341 3-4	SDQ (P, T)	AFC	5 5 y 2 segundo orden
Gómez (2012)	Australia	202 12-17	SDQ (P,T,S)	AFC	5
Mieloo et al., (2012)	Alemania	5514 5-6	SDQ (P,T)	AFC	5
Niclasen, Teasdale, Andersen, Skovgaard, Elberling y Obel (2012(2012)	Dinamarca	71840 5-12	SDQ (P,T)	AFC	5 5 y 2 segundo orden
Rodríguez-Hernández et al., (2012)	España	595 7-10	SDQ (P, T)	ACP AFC	5
Ruchkin, Koposov, Vermeiren y Schwab-Stone (2012)	Rusia	528 13-18	SDQ	AFC	5
Essau et al., (2012)	5 Países Europeos	2418 12-17	SDQ (S)	AFC	3 5
Shevlin, Murphy y McElearney (2012)	Irlanda	202	SDQ (P, S)	AFC	5
Liu, Chien, Shang, Lin, Liu y Gau (2013)	China	3534 6-15	SDQ (P,T,S)	ACP	4 (P,T) 5 (S)
He, Burstein, Schmitz y Merikangas (2013)	EEUU	6483 13-18	SDQ (P)	AFC	5

Nota: SDQ (P,T,S): *Strengths and Difficulties Questionnaire* (*Parent, Teacher, Self-Report*); ACP*:* Análisis de Componentes Principales*;* AFC: Análisis Factorial Confirmatorio; AFE: Análisis Factorial Exploratorio; CBCL: *Check Behaviour Check List*; YSR: *Youth Self Report*.

En cuanto al análisis de la estructura interna de las puntuaciones del SDQ, las dos principales técnicas multivariantes más usadas han sido: el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

El AFE posibilita la indagación y exploración de la estructura dimensional teórica más apropiada que subyace a las puntuaciones de un instrumento de medida (Brown, 2006; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Algunas investigaciones realizadas con esta técnica encuentran como estructura factorial más apropiada la solución de cinco dimensiones inicial (Almaqrami y Shuwail, 2004; Koskelainen, Sourander y Kaljonen, 2000; Matsuishi et al., 2008; Mazur, Tabak y Kololo, 2007; Muris, Meesters, Eijkelenboom y Vincken, 2004; Percy, McCrystal y Higgins, 2008; Sanne, Torsheim, Heiervang y Stormark, 2009; Van Leeuwen, Meerschaert, Bosmans, De Medts y Braet, 2006). No obstante, otros estudios han puesto de manifiesto que una estructura factorial de cinco factores no resulta la más apropiada, revelando una solución con cuatro factores (Muris, Meesters, Eijkelenboom y Vincken, 2004), y en algún caso tres factores (Koskelainen, Sourander y Kaljonen, 2000), como la más adecuada. Como se puede observar, los resultados no son concluyentes hasta el momento.

El AFC permite someter a prueba una estructura dimensional teórica determinada y aporta unos índices de bondad de ajuste que posibilitan determinar el ajuste del modelo a los datos (Brown, 2006; Niclasen et al., 2012). Además, resulta más apropiado cuando los datos son dirigidos por la teoría y existe un corpus teórico previo (Brown, 2006; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

La Tabla 3, recoge una revisión de la literatura científica sobre los estudios de la estructura factorial del SDQ, tanto en versión para padres y profesores (Giannakopoulos et al., 2009; Goodman, Lamping y Ploubidis, 2010; Hill y Hughes, 2007; Mellor y Stokes, 2007; Rodríguez-Hernández et al., 2012), como en la versión autoinforme (Koskelainen,

Sourander y Vauras, 2001; Percy, McCrystal y Higgins, 2008; Richter, Sagatun, Heyerdahl, Oppedal y Røysamb, 2011; Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch, 2004; Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwab-Stone, 2008; Ruchkin, Koposov y Schwab-Stone, 2007; Svedin y Priebe, 2008; Van Roy, Veenstra y Clench-Aas, 2008; Yao et al., 2009).

En la mayoría de las ocasiones la solución factorial más satisfactoria es la de cinco factores. No obstante, Mellor y Stokes (2007) revelaron, en su investigación con *n*= 917 niños y adolescentes de entre 7-17 años, que ninguna de las subescalas era esencialmente unidimensional, cuestionando la adecuación de la estructura de cinco factores. En el mismo sentido, Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch (2004) concluyeron que la estructura factorial del SDQ no resultaba apropiada debido a diferentes solapamientos entre los ítems. Sin embargo, el estudio de Svedin y Priebe (2008), llevado a cabo en Suecia con una muestra de *n*= 1015 adolescentes de entre 17-19 años, determinó que una estructura factorial tanto de cinco factores como de siete resultaba satisfactoria. Así mismo, Yao et al., (2009) encontraron que la estructura pentafactorial era la más satisfactoria.

Otras investigaciones han encontrado soluciones factoriales distintas a las mencionadas. Por ejemplo, Mojtabai (2006) propuso una estructura factorial de tres factores compuestos por las facetas problemas emocionales, conductuales e hiperactividad como la más adecuada. Hasta el momento, parece que la estructura factorial más apropiada es la de cinco factores, si bien otras soluciones aportan en algunas casos soluciones más satisfactorias al modelo inicial propuesto por Goodman (1997).

A pesar de que un importante número de trabajos han estudiado las propiedades psicométricas del SDQ, tanto a nivel europeo como en América y Asia, no se ha constatado ningún estudio que analice las propiedades psicométricas del instrumento en su

versión autoinformante para adolescentes en España, o en países de habla hispana. Más aún, sólo se han encontrado dos estudios que se centran en el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento, ambos en población infantil y en las versiones para padres y profesores del test. El estudio de Rodríguez-Hernández et al., (2012) con *n*= 595 niños de entre 7-10 años, administrado a padres y profesores mediante la versión heteroinforme, reveló una estructura factorial de cinco factores como la más adecuada a través de análisis de componentes principales (ACP) y AFC. Otro estudio llevado a cabo en España por Ezpeleta, Granero, de la Osa, Penelo, Domènech (2012) con niños de tres años mediante AFC, reveló una estructura factorial de cinco factores con dos de segundo orden, que incluyen el factor Internalizante y Externalizante, como la más apropiada, tanto en la versión para padres como para profesores.

En conclusión, a pesar de que el SDQ es utilizado en España, solo se han encontrado dos estudios que analicen sus propiedades psicométricas, no habiéndose constatado ninguno que analice las propiedades métricas en su versión autoinforme en adolescentes. Teniendo presente esta limitación, es preciso realizar un análisis de las propiedades psicométricas del SDQ en su versión autoinformante en España de cara a su utilización por profesionales como instrumento de detección y *screening* en centros educativos y/o asistenciales.

4.2.2. El género y la edad en la prevalencia y expresión de síntomas emocionales y comportamentales a partir del SDQ

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, la entrada en la adolescencia conlleva una serie de transformaciones de diferente naturaleza que revierten en una mayor vulnerabilidad a la presentación de síntomas relacionados con la timidez, la inhibición, la infelicidad, preocupación, miedos, sentimientos de inferioridad y de culpa así como quejas

somáticas, todos ellos síntomas de carácter internalizante (Paxton, Valois, Watkins, Huebner y Drane, 2007). Estas dificultades, propias de la dimensión internalizante, refieren, de forma general, aquellas que generan tensión, insatisfacción y sufrimiento en el individuo, agrupándose bajo esta denominación quejas somáticas, ansiedad, aislamiento social o depresión entre otros (Achenbach, 1966).

Por otro lado los bruscos cambios hormonales, la escasa competencia de autorregulación y el cuestionamiento de las figuras de autoridad explican, entre otros factores, la posibilidad de que se presenten conductas impulsivas y agresivas así como problemas de comportamiento y la desobediencia de las normas establecidas socialmente, todos ellos síntomas que forman parte de la dimensión externalizante, que se caracteriza, de forma general, por conductas que generan malestar y conflicto con el entorno social (Achenbach, 1966; Palfrey, Tonniges, Green y Richmond, 2005). Ambos tipos de dificultades parecen guardar relación tanto con la edad como con el género (Rescorla et al., 2007), existiendo un importante número de investigaciones que han indagado sobre la relación existente entre estas dos variables y la presentación de dificultades emocionales y conductuales, así como conductas prosociales mediante el SDQ, tal como se recoge en la Tabla 4.

Tabla 4. Principales investigaciones en torno al género y la edad mediante el *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

Estudio	**Muestra**		**Versión del SDQ**	**Género**		**Edad**	
				Hombres	**Mujeres**	**Mayor edad**	**Menor edad**
	Nacionalidad	**N** **Rango de edad**		**Mayor Puntuación**	**Mayor Puntuación**		
Smedje, Broman, Hetta y von Knorring (1999)	Suecia	900 6-10	SDQ (P)	Hiperactividad Total	Prosocial Emocional	Prosocial	Conductual
Koskelainen, Sourander y Vauras (2001)	Finlandia	1458 13-17	SDQ (S)	Conductual Compañeros	Prosocial Hiperactividad Emocional Total	Emocional	
McMunn McMunn, Nazroo, Marmot, Boreham y Goodman (2001)	Reino Unido	5705 4-15	SDQ (P)	Total			Total
Knyazev et al., (2003)	Rusia	146 7-17	SDQ (P,T, S)	Hiperactividad	Prosocial		
Muris, Meesters y van den Berg (2003)	Holanda	562 9-15	SDQ (P,T,S)	Conductual	Emocional Prosocial		Total Compañeros
Ramos y Hércules (2003)	Brasil	112 6-11	SDQ (P,T)	Total Hiperactividad Conductual	Prosocial		Hiperactividad
Van Widenfelt, Goedhart, Treffers y Goodman (2003)	Alemania	1476 11-16	SDQ (P,T,S)	Conductual Hiperactividad	Emocional Prosocial		Emocional Hiperactividad Compañeros
Becker et al., (2004)	Alemania	214 11-17	SDQ (S)	Conductual	Prosocial Emocional	Emocional Prosocial	
Muris, Meesters, EijKelenboom y Vincken (2004)	Holanda	1111 8-13	SDQ (S)	Conductual	Emocional Prosocial		
Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch (2004)	Noruega	4167 11-16	SDQ (S)	Conductual Hiperactividad	Emocional Prosocial		
Bourdon, Goodman, Rae, Simpson y Koretz (2005)	EEUU	10367 4-17	SDQ (P)	Total			

Tabla 4. Principales investigaciones en torno al género y la edad mediante el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Continuación).

Kashala, Elgen, Sommerfelt y Tylleskar (2005)	Congo	1187 7-9	SDQ (T)	Total Conductual	Prosocial		
Prior, Virasinghe y Smart (2005)	Sri Lanka	1809 11-13	SDQ (P,T,S)	Total Conductual	Prosocial	No diferencias	No diferencias
Simpson, Bloom, Cohen, Blumberg y Bourdon (2005)	EEUU	>25000 4-17	SDQ (P,S)	Total		Total	
Becker et al., (2006)	Países europeos	1573 tdah *M*=8,8	SDQ (P)		Emocional Prosocial		Total Hiperactividad Compañeros
Mojtabai (2006)	EEUU UK	8034 7970 5-16	SDQ (P)	Conductual	Emocional		
Thabet, Karim y Vostanis (2006)	Gaza	309	SDQ (P)	Hiperactividad			
Van Leeuwen, Meerschaert, Bosmans, De medts y Braet (2006)	Alemania	3179 4-8	SDQ (P,T)	Total Conductual Hiperactividad	Prosocial	Hiperactividad Emocional Total Conductual	
Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas (2006)	Noruega	29631 10-19	SDQ (S)	Conductual Compañeros	Emocional		Conductual Compañeros
Capron, Therond, y Duyme (2007)	Francia	1400 *M*=12,8	SDQ (P, S)	Conductual Hiperactividad Compañeros	Prosocial Emocional		
d'Acremont y Van der Linden (2008)	Suiza	557 13-18	SDQ (T)	Conductual Compañeros Hiperactividad	Prosocial		
Du, Kou, y Coghill (2008)	China	2655 3-17	SDQ (P,T)	Hiperactividad Prosocial Conductual			
Matsuishi et al., (2008)	Japón	2899 4-12	SDQ (P)	Total Compañeros Hiperactividad Conductual	Emocional Prosocial		
Ravens-Sieberer et al., (2008)	Alemania	2863 7-17	SDQ (P)				
Rothenberg et al., (2008)	Alemania	2406 7-16	SDQ (P,S)	Total Conductual Hiperactividad Compañeros	Emocional	Prosocial	Hiperactividad Total

Tabla 4. Principales investigaciones en torno al género y la edad mediante el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Continuación).

Shojai, Wazana, Pitrou y Kovess (2008)	Francia	1348 6-11	SDQ (P)	Hiperactividad Conductual	Prosocial		
Svedin y Priebe (2008)	Suecia	1015 17-19	SDQ (S)	Conductual Compañeros	Emocional Prosocial		
Giannakopoulos et al., (2009)	Grecia	1194 11-17	SDQ (P,S)		Prosocial Emocional	Hiperactividad Conductual	
Lien, Green, Welander-Vatn y Bjertness (2009)	Noruega	3790 15-19	SDQ			Internalizantes	Externalizantes
Ullah-Syed, Abdul-Hussein y Haidry (2009)	Pakistan	675 5-11	SDQ (P,T)	Conductual Hiperactividad Total	Emocional		
Yao et al., (2009)	China	1135 11-18	SDQ (S)	Conductual Compañeros	Emocional	Hiperactividad Prosocial	Compañeros
Di Riso et al., (2010)	Italia	1394 M= 9,04	SDQ (P)	Conductual Hiperactividad	Prosocial Emocional	Compañeros	
Keskin y Çam (2010)	Turquía	384 11-16	SDQ	Compañeros	Emocional Prosocial	Hiperactividad	Prosocial
Lai et al., (2010)	Hong Kong	>4000 6-12	SDQ (P)	Conductual Hiperactividad Compañeros	Emocinal Prosocial		
Van Roy, Groholt, Heyerdahl y Clench-Aas (2010)	Noruega	8154 10-13	SDQ (P,S)	Conductual Hiperactividad Compañeros	Emocional Prosocial		
Fonseca-Pedrero, Paíno, Lemos-Giráldez y Muñiz (2011)	España	1319 13-17	SDQ (S)	Conductual Hiperactividad Compañeros	Emocional Prosocial	Hiperactividad Total	
Reinholdt-Dunne et., (2011)	Dinamarca	834 12-14	SDQ (S)		Emocional		
Wichstrøm et al., (2011)	Noruega	2475 4	SDQ (P)	Hiperactividad			
Arman, Keypour, Maracy y Attari (2012)	Iran	2000 6-18	SDQ (P)	Conductual Hiperactividad	Emocional		Hiperactividad Total
Mieloo et al., (2012)	Alemania	5514 5-6	SDQ (P,T)	Total Conductual Hiperactividad			
Ruchkin, Koposov, Vermeiren y	Rusia	528	SDQ (T)	Conductual			

Tabla 4. Principales investigaciones en torno al género y la edad mediante el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Continuación).

Schwab-Stone (2012)		13-18		Hiperactividad			
Shoval et al., (2012)	Israel	1402 14-17	SDQ (P)	Externalizantes			
Liu et al., (2013)	China	3534 6-15	SDQ (P,T,S)	Emocional (S) Conductual Compañeros Hiperactividad	Prosocial		Conductual Compañeros
Armand, Amel y Maracy (2013)	Irán	1934 11-18	SDQ (S,P)	Conductual Hiperactividad	Emocional	Emocional Conductual Total (S)	Prosocial Total (P)

Nota: SDQ (P,T,S): *Strengths and Difficulties Questionnaire* (*Parent, Teacher, Self-Report*); Emocional: Problemas Emocionales; Conductual: Problemas Conductuales; Compañeros: Problemas con los Compañeros.

En cuanto al género, la mayoría de los estudios revisados a nivel internacional revelan que las mujeres obtienen mayores puntuaciones medias que los hombres en síntomas emocionales y conducta prosocial; en cambio, los varones obtienen mayores puntuaciones medias que las mujeres en problemas de conducta, hiperactividad o problemas de relación (Di Riso et al., 2010; Giannakopoulos et al., 2009; Koskelainen, Sourander y Vauras, 2001; Muris, Meesters y van den Berg, 2003; Svedin y Priebe, 2008; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas, 2006; van Widenfelt, Goedhart, Treffers y Goodman, 2003; Yao et al., 2009). Por ejemplo, el estudio llevado a cabo por Giannakopoulos et al., (2009) con adolescentes griegos detectó mayores niveles de conducta prosocial y problemas emocionales en las mujeres, pero no en problemas conductuales, hiperactividad o de relación entre los hombres. Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch (2004), en su estudio con más de *n*= 4000 adolescentes noruegos, obtuvieron unos resultados similares, encontrando mayores niveles de problemas emocionales entre las mujeres, pero no hallando diferencias en función del género para problemas conductuales, de hiperactividad o de relación con los compañeros.

Otros trabajos revelan resultados que contradicen los anteriores, como es el caso del llevado a cabo en Finlandia por Koskelainen, Sourander y Vauras (2001) con *n*= 1458 adolescentes de entre 13-17 años, que muestra mayores puntuaciones medias de dificultades totales y de problemas relacionados con la hiperactividad en las mujeres respecto a los hombres. Más recientemente, Reinholdt-Dunne et al., (2011), con *n*= 834 adolescentes daneses de entre 12-14 años, encontraron niveles superiores de problemas emocionales entre las mujeres, siendo el resto de resultados, relativos a problemas y conductas prosociales, iguales entre hombres y mujeres.

Respecto a la edad, los resultados son más inconsistentes que en el caso del género. Algunos trabajos ponen de manifiesto un aumento de los problemas conforme aumenta la edad (Giannakopoulos et al., 2009; Koskelainen, Sourander y Vauras, 2001; Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch, 2004; Yao et al., 2009), mientras que otros encuentran una tendencia inversa (Muris, Meesters y van den Berg, 2003; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas, 2006), o no hallan ningún tipo de asociación (Prior, Virasinghe y Smart, 2005). Como se apuntó en capítulos anteriores, los cambios de naturaleza hormonal y física son anteriores en el tiempo a la maduración cortical y consecuente adquisición de competencias cognitivas de autorregulación, generándose una especie de salto durante los primeros años de la adolescencia que posibilita que los adolescentes se encuentren más expuestos a la presentación de problemas de tipo conductual o relacional durante los primeros años, dando paso con la entrada en la adolescencia media y tardía a una mayor capacidad de gestión de problemas, regulación y control conductual, manejo de conductas sociales y una mayor capacidad para conductas prosociales.

En este sentido, el estudio de Van Widenfelt, Goedhart, Treffers y Goodman (2003), con *n*= 970 adolescentes de entre 11-16 años en Alemania, mostró mayores puntuaciones medias en problemas emocionales, conductuales y de hiperactividad entre los participantes de menor edad. También en Alemania, Rothenberg et al., (2008), con una muestra de *n*= 2406 escolares de entre 7-16 años, detectaron mayor nivel de conductas prosociales con la edad, mientras que las problemas de hiperactividad y las dificultades totales resultaron superiores en personas más jóvenes. De forma similar, Armand, Keypour, Maracy y Attari (2012), en su estudio con *n*= 2000 niños y adolescentes iraníes de 6-18 años, revelaron que los problemas de hiperactividad y las dificultades totales resultan superiores en personas de menor

edad. En Noruega, Lien, Green, Welander-Vatn y Bjertness (2009), con una muestra de *n*= 3790 escolares de entre 15-19 años, encontraron mayores niveles de problemas internalizantes en los participantes de mayor edad, mientras que los problemas externalizantes resultaron más frecuentes entre los de menor edad.

Otras investigaciones contradicen, en parte, lo expuesto anteriormente. Por ejemplo, Yao et al., (2009), con más de *n*= 1000 adolescentes chinos de entre 11-18 años, encontraron mayor índice de problemas de hiperactividad a medida que aumenta la edad, mientras que los adolescentes de menor edad mostraron mayores problemas con los compañeros y menos conductas prosociales. Por su parte, los resultados alcanzados en Italia por di Riso et al., (2010) muestran mayor número de problemas de relación en los participantes de mayor edad.

Por otra parte, la literatura revisada contempla la interrelación existente entre el género y la edad, arrojando resultados sorprendentes en algunos casos. Por ejemplo, Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas (2006), con *n*= 29631 adolescentes de entre 11-19 años, encontraron que los niveles de dificultades totales aumentan con la edad en el caso de las mujeres, mientras que en los hombres siguen la tendencia contraria. También en Noruega, Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch (2004), detectaron unos mayores niveles de conducta prosocial en edades superiores en el caso de los hombres. En Grecia, Giannakopoulos et al., (2009) descubrieron unos niveles superiores de problemas emocionales y capacidades prosociales entre mujeres conforme aumenta la edad, al igual que Du, Kou y Coghill (2008) con adolescentes chinos. Sin embargo, d'Acremont y Van der Linden (2008) revelaron que las adolescentes suizas muestran mayores niveles de problemas emocionales con la edad, así como unos niveles más bajos de conductas prosociales,

lo cual difiere de estudios anteriores. Resultados similares fueron obtenidos por Arman et al., (2012) en Irán.

En suma, a la vista de los diferentes estudios llevados a cabo con el SDQ, y a pesar de existir investigaciones que muestran resultados incongruentes, parece existir consenso respecto a que los problemas de naturaleza externalizante, tales como los problemas de conducta, hiperactividad y de relación con los compañeros, son más comunes entre los hombres durante la adolescencia. En cambio, los problemas de tipo emocional son más comunes entre las mujeres, quienes muestran, igualmente, valores superiores de conductas prosociales. En cuanto a la edad, los resultados son más inconsistentes, existiendo investigaciones que reflejan un aumento de los síntomas y dificultades a medida que aumenta la edad y otras que revelan lo contrario; en consecuencia, la heterogeneidad de resultados impide concretar qué tipo de síntomas o dificultades son más propias de edades avanzadas o iniciales dentro de la adolescencia. Tampoco existen resultados concluyentes acerca de la mayor o menor presentación de conductas de tipo prosocial en relación con la edad.

Capítulo 5. De la investigación actual al planteamiento del problema

Los cambios conceptuales sobre la naturaleza y curso de la adolescencia han posibilitado abandonar la idea de una etapa problemática en sentido estricto. Hoy en día, se entiende como un periodo complejo y determinante en el desarrollo de la persona, durante el cual se producen una serie de cambios biológicos, cognitivos y emocionales que explican sus peculiaridades y trascendencia.

Desde un marco neuroconstructivista es preciso entender el desarrollo en la adolescencia como un proceso en el que se suceden diferentes cambios y transformaciones que afectan a la expresión genética, la estructura y funcionamiento cerebral o los procesos cognitivos, de forma ordenada y sucesiva (Grossmann, Gliga, Johnson y Mareschal, 2009; Westermann et al., 2007).

Además de las transformaciones cognitivas, suceden una serie de cambios biopsicosociales que las acompañan, con una disincronía en su presentación. Ello genera una especie de salto o distanciamiento entre las transformaciones biológicas relacionadas con la pubertad, tales como cambios hormonales o transformaciones físicas, y la adquisición de las competencias cognitivas, emocionales y de autorregulación, de especial relevancia durante la adolescencia temprana y media, que se compensan a partir de la adolescencia tardía (Diamond, 2013; Kays, Hurley y Taber, 2012; Worthman, 2011).

Todo ello contribuye a que este momento del desarrollo se asocie a la emergencia de competencias pero también de dificultades y vulnerabilidades que,

potencialmente, pueden derivar en problemáticas de tipo emocional, conductual y/o relacional (Forns, Abad y Kirchner, 2011; Steinberg, 2013; Worthman, 2011). El proceso de adaptación a estos cambios puede producir un elevado estrés y dificultades en el ajuste psicosocial que podrían tener continuidad en la adultez, existiendo factores y condicionantes, como la capacidad para establecer relaciones y vínculos sociales positivos (Allen et al., 2002), que afectan de forma individual. Todo ello explica que la posible aparición de dificultades en esta etapa deba entenderse atendiendo a las capacidades y habilidades de afrontamiento propias de cada persona (Luthar y Zelazo, 2003). El impacto de los respectivos cambios repercute en diferentes esferas del adolescente, incidiendo en su bienestar personal y en su relación con las personas y el medio que le rodea.

El adolescente pasa una importante cantidad de tiempo dentro del contexto escolar, suponiendo un lugar privilegiado en el cual adquirir y desarrollar diferentes capacidades cognitivas y establecer nuevas y complejas relaciones con los grupos de iguales. No obstante, el centro escolar es, en relación con lo mencionado, una potencial fuente de estrés, en la medida que somete a prueba las habilidades y capacidades de la persona para integrarse y desenvolverse a nivel académico y social. El bienestar psicológico en la adolescencia se ve sometido a prueba debido a los diferentes cambios, transformaciones y situaciones a las cuales se debe hacer frente, pudiendo todo ello repercutir, a nivel escolar, en posibles complicaciones en el ajuste de los alumnos dentro los centros educativos.

En relación con esto, los modelos de prevención postulan la necesidad de detectar las posibles dificultades en el ajuste lo antes posible, con el fin de prevenir la aparición de diferentes problemáticas que, a nivel escolar, pueden traducirse en malos resultados académicos, rechazo por parte de los compañeros, problemas de

integración y adaptación en el centro, comportamientos disruptivos en el aula o síntomas de tipo emocional tales como alteraciones del estado de ánimo. De igual forma, la detección en la etapa escolar resulta especialmente aconsejada en la medida que los diferentes problemas, que pueden resultar más severos en la edad adulta, tienen su inicio, en un 50% de los casos, antes de que los estudiantes abandonen la educación obligatoria. No obstante, y a pesar de los esfuerzos destinados a esta detección, diferentes investigaciones sugieren que sólo una minoría de los niños y adolescentes con algún tipo de dificultad de ajuste y con necesidades de intervención psicológica entran en contacto con servicios especializados (Angold et al., 1998; Ford, Hamilton, Meltzer y Goodman, 2008). Todo ello sugiere la necesidad de la detección temprana de este tipo de sintomatología en la población adolescente.

Dentro de las pruebas de detección y evaluación psicológica, los instrumentos de medida tipo autoinforme, a pesar de tener algunos inconvenientes y desventajas con respecto a otro tipo de herramientas, como las entrevistas, presentan la ventaja de permitir la detección y evaluación con un menor empleo de recursos, especialmente temporales. Por este motivo, resultan un recurso indicado como prueba de detección, especialmente en ámbitos como el escolar. A pesar de existir numerosos instrumentos de medida de tipo autoinforme destinados a la detección de problemáticas y dificultades, pocos incluyen ítems destinados a la evaluación de capacidades, que resultan claves a la hora de valorar el bienestar y ajuste del individuo.

Por ello se han revisado los instrumentos de medida existentes y las nuevas aportaciones que, a pesar de sus avances, no contemplan con precisión la detección de dificultades de tipo internalizante y externalizante y, a la vez, la inclusión de aspectos positivos de la conducta. Entre los instrumentos existentes, el SDQ permite la evaluación de diferentes dificultades como problemas emocionales y

comportamentales así como de diferentes capacidades relacionadas con la esfera social. Además, presenta la ventaja de poder ser administrado en un breve espacio de tiempo, dado que únicamente tiene 25 ítems. Esto revierte en que pueda ser utilizado de forma breve y sencilla, sin unos excesivos costes a nivel económico o temporal dentro del ámbito escolar por profesionales de la educación. Todo ello determina su utilidad para la finalidad de este estudio de conocer el grado de bienestar de los adolescentes a nivel escolar.

No obstante, a pesar de su utilidad y aplicabilidad no se han encontrado, en el panorama nacional, investigaciones que estudien la fiabilidad de sus puntuaciones y evidencias de validez en su versión autoinformada para población adolescente, lo que condiciona su uso e interpretación y hace preciso el análisis de sus propiedades psicométricas. Por otra parte, los resultados obtenidos en su administración en población adolescente a nivel internacional resultan contradictorios en cuanto al género y la edad.

Todo ello determina la necesidad de constatar la fiabilidad de las puntuaciones y obtener evidencias de validez del SDQ en este tipo de población. Más aún, teniendo presente que el impacto de los diferentes cambios que acontecen en esta etapa difiere en función de aspectos como el género y la edad, nos cuestionamos si los síntomas y el ajuste psicológico de los adolescentes en los centros educativos varía en relación con estas variables.

5.1. Objetivos

En relación con lo expuesto anteriormente, en la presente investigación se plantean diferentes objetivos que estructuran el trabajo.

El objetivo general de la investigación consiste en: Estudiar el bienestar y ajuste del adolescente dentro del entorno escolar examinando la influencia de las variables género y edad mediante el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ).

De acuerdo con este objetivo general, se articulan dos objetivos específicos que facilitan la consecución del mismo.

1) Estudiar las propiedades psicométricas de las puntuaciones del SDQ en población adolescente española como instrumento de medida del ajuste emocional y comportamental.

Este objetivo se desglosa en:

a) Analizar la consistencia interna de las puntuaciones del SDQ en adolescentes españoles.

b) Recoger evidencias de validez de la estructura interna del SDQ en una muestra representativa de adolescentes españoles.

c) Examinar la invarianza de medición de las puntuaciones del SDQ en función del género y la edad de los participantes.

2) Conocer la prevalencia de capacidades y dificultades socioemocionales en población adolescente española.

Este objetivo específico se subdivide en:

a) Estudiar la prevalencia de capacidades y dificultades en la muestra total.

b) Estudiar la prevalencia de capacidades y dificultades en función del género.

c) Estudiar la prevalencia de capacidades y dificultades en función de la edad.

d) Analizar la interacción entre el género y la edad en la expresión de capacidades y síntomas emocionales y comportamentales.

e) Examinar la distribución de las capacidades y dificultades en una muestra de adolescentes españoles en función del género y la edad.

Para satisfacer los objetivos se opta por un diseño ex post facto de tipo transversal donde no existe una manipulación directa de las variables ni una asignación aleatoria de los participantes a las condiciones experimentales.

II. MÉTODO

1. Participantes

La muestra inicial está compuesta por un total de *n*= 1628 alumnos, asistentes a 90 aulas de 28 centros escolares públicos, concertados y privados, de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O) y Ciclos de Formación Profesional del Principado de Asturias. Para la generación de los diferentes estratos se ha atendido a la zona geográfica (Oriente, Occidente, Central y Cuenca minera), así como a la etapa escolar (obligatoria y post-obligatoria).

Se han eliminado del estudio aquellos participantes que presentaban: a) una puntuación de más de dos puntos en la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV) (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino-Pineiro, Villazón-García y Muñiz, 2009) (*n*= 64), (b) dificultades de aprendizaje (*n*= 6), c) omisión de datos demográficos (género y/o edad) o dos o más items sin responder (*n*= 32) y d) puntuaciones extremas en el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1997) (*n*= 36), dado que desvirtúan las puntuaciones del cuestionario.

De este modo, la muestra final, como se recoge en la Tabla 5, está formada por un total de *n*= 1474 estudiantes, de los que *n*= 716 son hombres (48,65%) y *n*= 758 mujeres (51,35%). El rango de edad oscila entre los 14 y los 18 años, con una edad media de 15,92 años (*DT*= 1,18).

Con la finalidad de realizar los análisis estadísticos se ha llevado a cabo un estudio de validación cruzada dividiendo al azar la muestra total en dos submuestras. La primera submuestra la forman un total de *n*= 765 (379 varones y 386 mujeres) con

una edad media de 15,87 años (*DT*= 1,18). La segunda submuestra está compuesta por un total de *n*= 709 (337 varones y 372 mujeres) con una edad cronológica media de 15,98 años (*DT*= 1,17). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del género (χ^2= 0,106; *p*= 0,744) ni de la edad (*F*= 0,286; *p*= 0,836) entre las dos submuestras.

Tabla 5. Distribución en función del género y la edad de la muestra total.

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
14 años	83	112	195	13,2
15 años	181	179	360	24,4
16 años	206	213	419	28,4
17 años	171	192	363	24,6
18 años	75	62	137	9,3
Total	*n*= 716	*n*= 758	*n*= 1474	100%

2. Instrumentos

Los instrumentos de medida utilizados en el presente trabajo son:

1.- Como instrumento de medida para la evaluación de los síntomas emocionales, comportamentales y de las conductas prosociales en adolescentes se ha utilizado el *Cuestionario de Capacidades y Dificultades* (*Strengths and Difficulties Questionnaire*; SDQ) (Goodman, 1997) en su versión autoinformada. Como se ha indicado, el SDQ se compone de un total de 25 ítems divididos en cinco subescalas (con cinco ítems cada una): *Problemas Emocionales*, *Problemas Conductuales*, *Hiperactividad*, *Problemas de Compañeros* y *Prosocial*. Las primeras cuatro subescalas conforman una puntuación *Total de Dificultades*. Algunos de los ítems están formulados con afirmaciones positivas y otras negativas, precisando algunos de ellos ser recodificados para su posterior análisis.

Tanto la versión del SDQ tipo autoinforme como la heteroinforme presentan un formato de respuesta *Likert* de tres opciones: *No, nunca, A veces y Sí, siempre*. Como se ha comentado anteriormente las propiedades métricas del SDQ han sido analizadas en estudios previos internacionales (Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwab-Stone, 2008; Ruchkin, Koposov y Schwab-Stone, 2007; Yao et al., 2009).

En el presente trabajo se ha optado por un formato tipo *Likert* con cinco opciones de respuesta, dado que estudios previos indican que mejora la fiabilidad de las puntuaciones, la obtención de evidencias de validez, así como la satisfacción de los usuarios (Lozano, García-Cueto y Muñiz, 2008; Muñiz, Fidalgo, García-Cueto, Martínez y Moreno, 2005; Muñiz, García-Cueto y Lozano, 2005). Más aún, un formato de respuesta tipo *Likert* redunda en la construcción de puntuaciones dimensionales en medidas de evaluación psicológica (Markon, Chmielewski y Miller, 2011). Las cinco opciones de respuesta fueron: 1= *Completamente en desacuerdo*; 2= *En desacuerdo*, 3= *Neutro, ni en desacuerdo ni de acuerdo*, 4= *De acuerdo* y 5= *Completamente de acuerdo*. Como resultado, la puntuación de cada subescala oscila entre 5 y 25 puntos, y la puntuación *Total de Dificultades* entre 20 y 100 puntos.

Se ha utilizado la versión del instrumento adaptada y traducida al español (García et al., 2000), también disponible en internet (http://www.sdqinfo.com). En la versión original del SDQ con tres opciones de respuesta las puntuaciones de las subescalas y del *Total de Dificultades* se distribuyen en tres niveles: *Sin riesgo*, *Límite*, y de *Riesgo*. En el Anexo 1 se presenta la versión autoinforme del SDQ así como su formato de corrección.

2.- Para detectar a aquellos participantes que han respondido de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonesta al SDQ se ha utilizado la *Escala Oviedo de Infrecuencia*

de Respuesta (INF-OV) (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino-Pineiro, Villazón-García y Muñiz, 2009).

La INF-OV es un instrumento de medida tipo autoinforme compuesto por 12 ítems en formato tipo *Likert* de 5 categorías (1= *Completamente en desacuerdo*; 2= *En desacuerdo*, 3= *Neutro, ni en desacuerdo ni de acuerdo*, 4= *De acuerdo* y 5= *Completamente de acuerdo*), que se ha desarrollado siguiendo las directrices para la construcción de tests (Schmeiser y Welch, 2006) y de ítems de elección múltiple (Moreno, Martínez y Muñiz, 2006). Incluye ítems de respuesta verdadera única, como por ejemplo, "*La distancia entre Madrid y Barcelona es mayor que la distancia entre Madrid y Nueva York*". Una vez dicotomizados los ítems, los alumnos que puntúan más de dos ítems de forma incorrecta son eliminados del estudio. En el Anexo 2 se recoge la escala y su formato de respuesta e interpretación.

3. Procedimiento

La extracción de los participantes se ha realizado a través de un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados a nivel de aula, en los centros antes expuestos. La probabilidad de elección de cada centro educativo ha sido directamente proporcional al número de alumnos correspondientes al mismo.

Una vez realizado el contacto con los centros educativos a través del Director o del Jefe del Departamento de Orientación, se ha solicitado el consentimiento informado a los padres o tutores de los participantes. Los alumnos no han recibido ningún tipo de gratificación económica o de otro tipo por su participación en la investigación. Asimismo, fueron previamente informados sobre la confidencialidad de sus respuestas y la naturaleza voluntaria de su participación. El estudio se presentó

como una investigación sobre diversas características emocionales y de la personalidad de los adolescentes.

Los instrumentos de medida han sido administrados en grupos de 20 participantes, en una aula acondicionada para tal fin, y siempre durante el horario escolar. La administración de los instrumentos de medida se ha realizado en presencia de los profesores responsables del aula de cada grupo y bajo la supervisión de un investigador.

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Universidad de Oviedo y el Departamento de Educación del Principado de Asturias.

4. Análisis de datos

Los análisis estadísticos llevados a cabo han sido los siguientes:

a) Cálculo de la media, desviación típica, asimetría y curtosis de las subescalas que componen el SDQ así como de la puntuación *Total de Dificultades*, una vez eliminados los cuestionarios de aquellos participantes que han respondido de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonesta al SDQ. Asimismo, se ha calculado el coeficiente alfa de Cronbach como estimación de la consistencia interna de las puntuaciones del SDQ.

b) Cálculo de las correlaciones de Pearson, con la finalidad de examinar las asociaciones entre las subescalas y la puntuación *Total de Dificultades* del SDQ.

c) Para analizar la estructura interna de las puntuaciones del SDQ se ha realizado un estudio de validación cruzada dividiendo al azar la muestra total en dos submuestras.

c.1) En la primera submuestra se ha llevado a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE), usando para ello el método de Mínimos Cuadrados Ponderados a

partir de la matriz de correlaciones de Pearson. El AFE permite una primera aproximación a la estructura dimensional que subyace a la matriz de datos del SDQ, con el fin de comprender la estructura interna del instrumento de medida que permitirá evaluar los diferentes síntomas y capacidades.

c.2) En la segunda submuestra se ha llevado a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC). El AFC permite a partir de estudios previos, someter a prueba diferentes modelos factoriales hipotéticos que podrían explicar la variabilidad existente en las puntuaciones del SDQ. Los parámetros se han estimado a partir del método de Cuasi-verosimilitud de Muthén (MLM) (Muthén y Muthén, 1998-2007) y la matriz de correlaciones de Pearson.

Se han sometido a prueba diferentes modelos dimensionales hipotéticos: a) el modelo dimensional de tres factores sugerido en el AFE, b) un modelo dimensional de cinco factores (con y sin modificaciones) propuesto originalmente en el SDQ (Goodman, 1997), c) un modelo dimensional de tres factores incorporando la influencia del factor prosocial extendido (van de Looij-Jansen et al., 2011), d) el modelo de Goodman de cinco factores (Goodman, 1997) con la influencia del factor prosocial extendido (van de Looij-Jansen et al., 2011) y e) un modelo de hipotético cinco factores con dos factores de segundo orden (Goodman, Lamping y Ploubidis, 2010) que incluye dos factores de segundo orden resultantes de agrupar los síntomas internalizantes (*Problemas Emocionales* y *Problemas de Compañeros*) y síntomas externalizantes (*Problemas Conductuales* e *Hiperactividad*).

Para comprobar el ajuste del modelo a los datos se han calculado los siguientes índices de bondad de ajuste: chi-cuadrado (χ^2), Índice de Ajuste Comparativo (CFI), Índice de Tucker-Lewis (TLI), Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA), Media Estandarizada de Error Cuadrático Residual

(SRMR). Las puntuaciones obtenidas en RMSEA iguales o inferiores a 0,05 indican un ajuste excelente y valores por debajo de 0,08 son considerados aceptables (Marsh, Hau y Wen, 2004). Los valores en CFI iguales o superiores a 0,95 son aconsejables, mientras que los valores cercanos a 0,90 son considerados aceptables. Los valores del SRMR inferiores a 0,08 son señal de un buen ajuste del modelo a los datos. Dado que algunos investigadores han cuestionado la validez del estadístico χ^2 para determinar la existencia de diferencias entre modelos anidados (Cheung y Rensvold, 2002), se sigue la recomendación de escoger el criterio del ΔCFI (Cheung y Rensvold, 2002). Chen (2007) señala que un ΔCFI de entre 0,01 y 0,02 podría implicar mejoras en el ajuste del modelo, mientras que un ΔCFI igual o superior a 0,02 revela de forma definitiva diferencias entre los modelos a estudio.

d) Con la finalidad de investigar si las puntuaciones del SDQ son equivalentes en función del género y la edad, se ha examinado la invarianza de medición. Para examinar la invarianza de medición en función de la edad, se dividió la muestra en dos grupos (14-16 años y 17-18 años). Dicha dicotomización se realizó atendiendo a los ciclos educativos de la ESO y Bachillerato. Como paso previo, se constató que el ajuste del modelo final resultaba apropiado para cada uno de los grupos por separado.

La invarianza de medición, o equivalencia factorial, comprueba si el contenido de los ítems y las propiedades métricas del instrumento de medida son similares en función de los grupos que son objeto de comparación (Byrne, 2008). La constatación de este supuesto permite extraer inferencias y conclusiones fundadas a partir de los datos. De esta forma, no sería posible comparar las puntuaciones medias de dos muestras de participantes si estos perciben el contenido de los ítems de forma diferente o si la estructura factorial del instrumento de medida fuese diferente en función del grupo.

Para la comprobación de la invarianza de medición es preciso realizar sucesivos análisis factoriales confirmatorios multigrupo dentro de los modelos de ecuaciones estructurales (Byrne, 2008). La invarianza de medición se evalúa de forma progresiva y jerárquica (véase Figura 9). En primer lugar, se establece la invarianza de configuración, a continuación la invarianza métrica y posteriormente la invarianza fuerte. Los pasos se detallan a continuación:

1) Invarianza de configuración. Exige que las dimensiones que subyacen al instrumento de medida queden especificadas por las mismas variables manifiestas (ítems o indicadores) en los grupos. En este tipo de invarianza no se añade ninguna restricción. La comprobación de este paso permite apoyar que la estructura factorial o la configuración dimensional que subyace a ambos conjuntos de datos es similar pero no equivalente.

2) Invarianza métrica. Se prueba la equivalencia de los pesos factoriales a través de los grupos objetos de comparación. Este paso implica añadir la restricción de equivalencia de los pesos factoriales. La comprobación de este paso indica que los participantes perciben el contenido de los ítems de forma similar y que estos se encuentran en la misma métrica o unidad de medida.

3) Invarianza fuerte. Se añade como restricción la equivalencia de los valores interceptuales entre los grupos. La equivalencia de los interceptos en ambos grupos permite realizar la comparación de las puntuaciones medias o de las medias latentes e indica que los ítems del instrumento de medida no presentan un funcionamiento diferencial en función de la variable objeto de comparación.

Los tres modelos analizados se pueden ver como modelos anidados en los cuales se van añadiendo restricciones de forma progresiva. Las restricciones sucesivas a los parámetros de los modelos permiten evaluar el ajuste y, por lo tanto,

la equivalencia factorial. Se ha tenido en cuenta el criterio de ΔCFI propuesto por Cheung y Rensvold (2002). Cuando se da un cambio inferior a 0,01 en el CFI (ΔCFI) entre dos modelos anidados, se acepta el modelo con más restricciones y, por lo tanto, se mantiene la equivalencia factorial. No obstante, cuando este criterio no se alcanza, y algunos de los interceptos funcionan de forma diferencial en los diferentes grupos, es posible continuar con el análisis bajo la premisa de invarianza de medición parcial (Byrne, Shavelson y Muthén, 1989).

Figura 9. Pasos para la comprobación de la invarianza de medición.

e) Análisis de la influencia del género y la edad en la prevalencia y expresión de los síntomas emocionales y comportamentales y capacidades de los adolescentes tanto a nivel los ítems como de las subescalas y la puntuación total del SDQ.

Para ello: 1) se estudia la prevalencia de capacidades y dificultades en la muestra total, 2) se analizan la expresión de los síntomas emocionales y comportamentales así como de las capacidades a nivel de las subescalas y de los ítems del SDQ en función del género, 3) se estudian la expresión de los síntomas emocionales y comportamentales a nivel de las subescalas y de los ítems del SDQ en

función de la edad de los participantes, 4) a partir de las puntuaciones medias de las subescalas del SDQ se examina la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función del género y la edad. Se realiza un Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) tomando como variables dependientes las subescalas y la puntuación total del SDQ y como factores fijos el género y la edad y 5) Se analiza, igualmente, las interacciones que son estadísticamente significativas en función de los factores género y edad en las subescalas y la puntuación *Total de Dificultades* del SDQ.

En aquellos casos donde el Lambda de Wilks resulta estadísticamente significativo ($p< 0,05$), se pasan a considerar los resultados de los Análisis de la Varianza individuales (ANOVA). Como índice de tamaño del efecto se empleó la estimación del *eta* cuadrado parcial (η^2). Cuando $\eta^2 > 0,15$ el efecto es grande en magnitud, y cuando $\eta^2 > 0,06$ el tamaño del efecto es medio.

f) Baremación del SDQ mediante el cálculo de los percentiles de las subescalas y la puntuación *Total de Dificultades* tanto para la muestra total como en función del género y la edad de los participantes.

Para realizar el análisis de datos descrito se utilizaron los programas informáticos SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences, 2006), Mplus 5.2 (Muthén y Muthén, 1998-2007) y FACTOR 8.0. (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006).

III. RESULTADOS

Para poder apresar de forma óptima el ajuste del adolescente en el entorno escolar es necesario comprobar, de forma previa, la fiabilidad de las puntuaciones así como la obtención de diferentes evidencias de la validez del instrumento de medida. Por ello, se presentan en primer lugar como resultados las propiedades psicométricas del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997) y, a continuación, se exponen los resultados relativos al ajuste y bienestar del adolescente, atendiendo a la incidencia de las variables género y edad.

1. Propiedades psicométricas del *Strengths and Difficulties Questionnaire*

1.1. Estadísticos descriptivos y niveles de consistencia interna para las subescalas y la puntuación total del SDQ

Los resultados del cálculo de los estadísticos descriptivos de cada una de las subescalas que componen el SDQ y la puntuación *Total de Dificultades* en la muestra total se recogen en la Tabla 6.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos del *Strengths and Difficulties Questionnaire* para la muestra total.

SDQ	*M* (*DT*)	Asimetría	Curtosis	Alfa de Cronbach		
				Hombres	Mujeres	Muestra Total
Problemas Emocionales	12,16 (3,96)	0,48	-0,15	0,69	0,71	0,71
Problemas Conductuales	10,36 (3,15)	0,80	1,00	0,60	0,55	0,58
Problemas de Compañeros	9,26 (2,90)	1,21	2,13	0,58	0,53	0,56
Hiperactividad	14,36 (3,83)	0,15	-0,16	0,70	0,68	0,68
Prosocial	20,34 (2,72)	-0,64	0,84	0,66	0,61	0,64
Total Dificultades	46,15 (9,11)	0,41	0,59	0,75	0,75	0,75

Tal como se observa en la Tabla 6, entre las puntuaciones medias en las subescalas que miden dificultades de ajuste destacan como más baja la de *Problemas de Compañeros* (*M*= 9,26; *DT*= 2,90), mientras que en el otro extremo las dificultades relacionadas con *Hiperactividad* (*M*= 14,36; *DT*= 3,83) obtienen la puntuación media más elevada. En conjunto, las subescalas de dificultades dan como resultado una puntuación *Total de Dificultades* (*M*= 46,15; *DT*= 9,11). Por su parte, las competencias *Prosociales* obtienen una media de 20,34 (*DT*= 2,72).

La consistencia interna para la puntuación *Total de Dificultades* fue de 0,75, reflejando un nivel adecuado de fiabilidad. Los niveles de consistencia interna estimados fueron igualmente aceptables para las subescalas *Prosocial* (0,64), *Problemas Emocionales* (0,71) e *Hiperactividad* (0,68), mientras que para la subescala de *Problemas Conductuales* (0,58) y *Problemas de Compañeros* (0,56) fueron discretos, lo cual revela que las puntuaciones obtenidas en estas subescalas son menos fiables.

Así mismo, se estimaron los niveles de consistencia interna para hombres y mujeres en cada una de las subescalas y la puntuación *Total de Dificultades*. Entre las mujeres los niveles oscilaron entre 0,53 en *Problemas de Compañeros* y 0,71 en *Problemas Emocionales*, mientras que en los hombres los valores oscilaron entre 0,58 en la subescala de P*roblemas de Compañeros* y 0,70 en *Hiperactividad*. La consistencia interna para hombres y mujeres en la puntuación *Total de Dificultades* fue de 0,75 en ambos casos.

Las correlaciones de Pearson calculadas entre las subescalas del SDQ para la muestra total se recogen en la Tabla 7.

Tabla 7. Correlaciones de Pearson entre las subescalas del *Strengths and Difficulties Questionnaire* para la muestra total.

SDQ	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Problemas Emocionales (1)	1				
Problemas Conductuales (2)	0,20*	1			
Problemas de Compañeros (3)	0,37*	0,21*	1		
Hiperactividad (4)	0,22*	0,43*	0,01	1	
Prosocial (5)	0,04	-0,33*	-0,13*	-0,17*	1

*$p < 0,01$

Tal como puede observarse, a excepción de la asociación entre las subescalas *Problemas Emocionales* y *Prosocial* y las subescalas *Problemas de Compañeros* e *Hiperactividad*, las correlaciones son estadísticamente significativas. El valor de Pearson más elevado se encuentra entre las subescalas *Problemas Conductuales* e *Hiperactividad* (0,43), y el valor más bajo entre las subescalas *Problemas de Compañeros* y *Prosocial* (-0,13). Estos resultados reflejan una alta asociación entre las dificultades relacionadas con la hiperactividad y la expresión de problemas de tipo conductual y una baja asociación de sentido negativo entre la existencia de problemas con los compañeros y las capacidades prosociales, respectivamente.

La Tabla 8 recoge los estadísticos descriptivos de los ítems que componen el SDQ. Con el fin de hacer más accesible la lectura de la misma, se presentan los ítems agrupados en torno a las diferentes subescalas del instrumento de medida.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de los ítems del *Strengths and Difficulties Questionnaire* en la muestra total.

Ítems y dimensiones del SDQ	Media (*DT*)	Asimetría	Curtosis
Problemas Emocionales			
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	2,04 (1,15)	0,97	0,08
8. A menudo estoy preocupado/a	3,00 (1,14)	-0,07	-0,74
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	2,16 (1,18)	0,73	-0,47
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	2,89 (1,28)	0,06	-1,06
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	2,06 (1,09)	0,88	0,03
Problemas Conductuales			
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	2,74 (1,21)	0,25	-0,81
7. Por lo general soy obediente	2,41 (0,96)	0,60	0,20
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	1,63 (0,94)	1,65	2,43
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	1,91 (1,06)	1,13	0,65
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	1,67 (0,96)	1,50	1,73
Problemas de compañeros			
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	1,70 (1,08)	1,55	1,50
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	1,28 (0,69)	3,08	10,69
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	2,04 (0,81)	0,77	1,10
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	1,76 (1,01)	1,40	1,42
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	2,48 (1,15)	0,44	-0,51
Hiperactividad			
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	2,83 (1,23)	0,15	-0,91
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	2,83 (1,19)	0,20	-0,79
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	3,32 (1,22)	-0,21	-0,97
21. Pienso las cosas antes de hacerlas	2,50 (1,08)	0,56	-0,17
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	2,88 (1,08)	0,09	-0,57
Prosocial			
1. Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	4,31 (0,74)	-1,13	2,01
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc	4,13 (0,84)	-0,98	1,24
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	4,16 (0,80)	-0,90	1,01
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	4,37 (0,87)	-1,68	3,09
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	3,37 (0,97)	-0,28	-0,13

Como se observa en la Tabla 8, los adolescentes muestran unas puntuaciones medias elevadas para los ítems relacionados con competencias de tipo *Prosocial.* Por ejemplo, sobre un total de cinco puntos posibles, las medias de los ítems *Trato bien a los niños/as más pequeños/as* y *Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido* son de 4,37 y 4,16 respectivamente.

Por otra parte, entre los ítems que reflejan dificultades, la media más baja corresponde al ítem *Tengo un/a buen amigo/a por lo menos* (*M*= 1,28; *DT*= 0,69) (este ítem se encuentra formulado en positivo por lo tanto debe ser entendido en sentido inverso, es decir *No tengo un/a buena amigo/a por lo menos*), mientras que la media más alta corresponde al ítem *Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme* (*M*= 3,32; *DT*= 1,22).

Por lo tanto, se observa que los adolescentes muestran competencias de tipo prosocial elevadas, a la vez que es posible constatar que ciertos síntomas de desajuste de naturaleza emocional y conductual también se encuentran presentes en mayor o menor medida entre los mismos.

1.2. Evidencias de estructura interna de las puntuaciones del SDQ

1.2.1. Análisis factorial exploratorio del SDQ

El resultado del AFE en la primera submuestra se recoge en la Tabla 9. La medida de adecuación muestral fue de 3481,8 (p<0,001), y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,78. En función de la interpretación psicológica de los factores, el gráfico de sedimentación (ver Figura 10), el criterio de parsimonia y el peso de las cargas factoriales, los resultados sugieren que la solución factorial más adecuada es la compuesta por tres dimensiones.

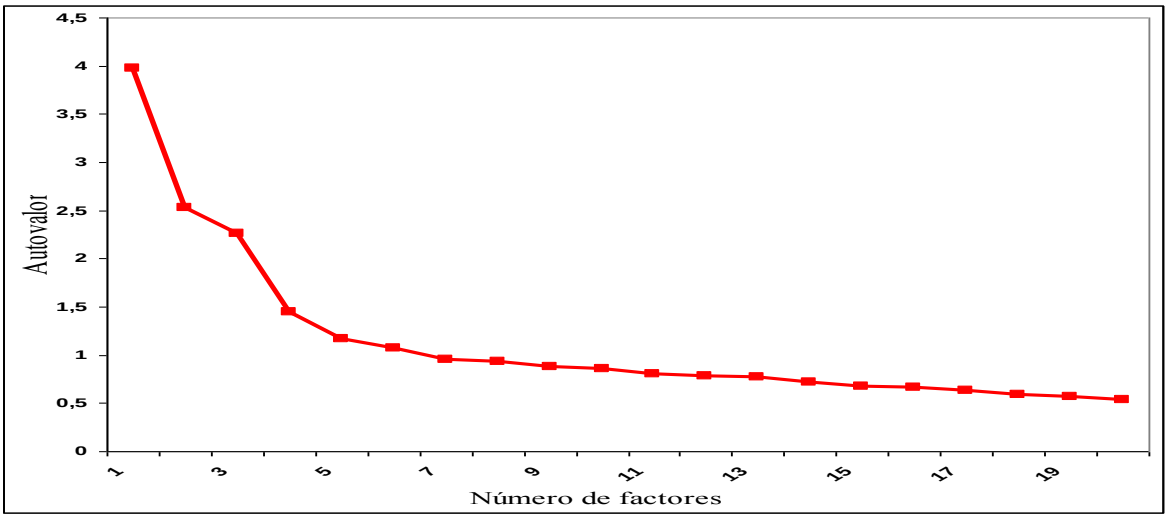


Figura 10. *Scree test* del análisis factorial exploratorio a nivel de los ítems.

Tal como se observa, los factores resultantes del análisis son: *Internalizante* (15,91% de la varianza total), *Externalizante* (10,13% de la varianza total) y *Comportamiento Prosocial* (9,03% de la varianza total), con un valor de los *eigenvalues* de 3,98, 2,53 y 2,55, respectivamente. Los tres factores explicaron el 35,07% de la varianza total.

Los ítems del factor *Internalizante* hacen referencia a dificultades emocionales y de relación. Los ítems que saturaron en el factor *Externalizante* hacen alusión a las facetas conductuales y de hiperactividad. Por su parte, el factor *Prosocial* agrupa ítems relacionados con las competencias de tipo prosocial. La correlación entre los factores osciló entre 0,20 (FI-FII) y -0,08 (FI-FII) ($p< 0,01$), lo cual refleja que existe una mayor correlación entre los factores *Prosocial* e *Internalizante*, siendo menor y de carácter negativo entre los factores *Prosocial* y *Externalizante*. Para esta solución tridimensional los índices de bondad de ajuste fueron adecuados, con un valor del Índice de la Bondad de Ajuste (GFI) de 0,97, y un valor del Índice Ajustado de la Bondad de Ajuste (AGFI) de 0,96. A continuación, la Tabla 9 recoge las cargas factoriales estimadas de los ítems resultantes del AFE.

Tabla 9. Cargas factoriales estimadas resultantes del análisis factorial exploratorio.

	Factores		
Ítems del SDQ	I	II	III
Problemas Emocionales			
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas		0,36	
8. A menudo estoy preocupado/a		0,57	
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar		0,66	
16. Me pongo nervioso/a, pierdo la confianza		0,52	
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente		0,56	
Problemas Conductuales			
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control			0,40
7. Por lo general soy obediente	-0,33		0,39
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás			0,21
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas			0,15
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios			0,23
Problemas de Compañeros			
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad		0,39	
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	-0,30	0,26	
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad		0,40	
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí		0,48	
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad		0,36	
Hiperactividad			
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a,			0,63
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado			0,67
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme			0,53
21. Pienso las cosas antes de hacerlas			0,43
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración			0,40
Prosocial			
1. Procuro ser agradable con los demás	0,60		
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, etc.	0,45		
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	0,58		
17.Trato bien a los niños/as más pequeños/as	0,45		
20.A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	0,51		

Nota: se han eliminado las cargas factoriales inferiores a 0,30. Se muestran en color difuminado las cargas factoriales supuestas en los diferentes factores superiores a 0,15.

Como puede observarse en la Tabla 9, la distribución de los ítems no es del todo homogénea, solapándose en algunos factores. En concreto, en la subescala de *Problemas Conductuales* los ítems 12 (*Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás*), 18 (*A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas*) y 22 (*Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios*) mostraron unas cargas factoriales superiores en la subescala *Prosocial*, al igual que sucede con el ítem 11 (*Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos*) perteneciente a la subescala de *Problemas de Compañeros*. Precisamente estos mismos ítems presentaron unas cargas factoriales inferiores a 0,30 en sus respectivos factores, si bien a pesar de ello y para una mejor comprensión del factor se recoge su valor en la Tabla 9. El hecho de que existan cargas inferiores a 0,30 cuestiona la pertenencia de los ítems al factor, si bien es preciso puntualizar que en la mayoría de los casos las cargas factoriales resultaron cercanas a 0,30.

En suma, el modelo resultante del AFE presenta unos adecuados índices de bondad de ajuste, pero el solapamiento de ciertos ítems en otros factores y la baja carga factorial de otros cuestionan, parcialmente, la adecuación del modelo de tres factores.

1.2.2. Análisis factorial confirmatorio del SDQ

El análisis AFC realizado con la segunda submuestra ha permitido someter a prueba los diferentes modelos dimensionales hipotéticos ya referidos en el apartado anterior del Método, en concreto: a) el modelo resultante del AFE concretado en tres factores, b) el modelo original de cinco factores (con y sin modificaciones) (Goodman, 1997), c) el modelo original de tres factores con la influencia del factor prosocial extendido (van de Looij-Jansen, Goedhart, De Wilde y Treffers, 2011), d) el

modelo de Goodman de cinco factores (Goodman, 1997) con la influencia del factor prosocial extendido (van de Looij-Jansen, Goedhart, De Wilde y Treffers, 2011) y e) el modelo de cinco factores con dos dimensiones generales de segundo orden (Goodman, Lamping y Ploubidis, 2010). La Tabla 10 recoge los índices de bondad de ajuste para los modelos dimensionales sometidos a prueba

Como se observa, el modelo de tres factores (Internalizante, Externalizante y Prosocial) resultante del AFE no alcanzó los puntos de corte recomendados. El modelo original de cinco factores mostró mejores índices de bondad de ajuste, en comparación con el modelo tridimensional. En ambos modelos se encontraron índices de modificación superiores a 25 con el programa Mplus. Atendiendo a aquellos ítems con un contenido similar, se correlacionó los términos de error entre los ítems 25 y 15, ítems 2 y 10, ítems 19 y 18 e ítems 15 y 16. Las cargas factoriales estandarizadas para el modelo de cinco factores, que permiten la correlación entre los términos de error, se recogen en la Tabla 10. Por su parte, el modelo con la inclusión de dos factores de segundo orden reveló unos índices de bondad de ajuste algo inferiores al modelo original de cinco factores.

Por su parte, el modelo de van de Looij-Jansen et al., (2011) propone la inclusión de los ítems pertenecientes a las subescalas de dificultades que están formulados en positivo en la dimensión Prosocial. Esta extensión de la dimensión Prosocial, en las soluciones iniciales de tres factores y en la de cinco factores, da lugar a una variación en el CFI (ΔCFI) significativo, superior en ambos casos a 0,02, no siendo significativo el ΔCFI en las soluciones finales tanto de tres como de cinco factores.

Tabla 10. Índices de bondad de ajuste para los modelos dimensionales hipotéticos sometidos a prueba.

Modelos	χ^2	g.l.	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
Modelo base de 5 factores	869,99	265	0,77	0,74	0,06	0,07
Modelo base de 5 factores con los ítems reformulados en positivos añadidos al factor prosocial	813,75	260	0,79	0,76	0,06	0,06
Modelo final de 5 factores con los términos de error añadidos*	542,38	261	0,89	0,88	0,04	0,05
Modelo final de 5 factores con los términos de error y los ítems reformulados en positivo añadidos al factor prosocial	504,50	256	0,90	0,89	0,04	0,05
Modelo base de 3 factores resultante del análisis factorial exploratorio	1137,20	272	0,67	0,64	0,06	0,07
Modelo base de 3 factores con los ítems reformulados en positivos añadidos al factor prosocial	1061,68	267	0,70	0,66	0,07	0,07
Modelo final de 3 factores con los términos de error añadidos*	685,89	268	0,84	0,82	0,05	0,06
Modelo final de 3 factores con los términos de error y los ítems reformulados en positivo añadidos al factor prosocial	617,31	263	0,87	0,85	0,04	0,06
Solución de 5 factores con 2 dimensiones de segundo orden	920,99	265	0,75	0,72	0,06	0,07

Nota: *Los términos de error añadidos permitiendo la covariación entre los ítems: 19-18, 2-10, 25-15, 15-16; χ^2= Chi cuadrado; g.l. = Grados de Libertad; CFI = Índice de Ajuste Comparativo; TLI = Índice de Tucker-Lewis; RMSEA = Error Cuadrático Medio de Aproximación; SRMR= Media Estandarizada de Error Cuadrático Residual.

A continuación, en la Tabla 11, se presenta el modelo de cinco factores propuesto por Goodman (1997) permitiendo la correlación entre los términos de error.

Tabla 11. Cargas factoriales completamente estandarizadas para el modelo final de cinco factores con términos de error.

Ítems y dimensiones del SDQ	Cargas	R^2
Problemas Emocionales		
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	0,43	0,19
8. A menudo estoy preocupado/a	0,60	0,37
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	0,72	0,53
16. Me pongo nervioso/a, pierdo la confianza en mí mismo/a	0,55	0,31
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	0,54	0,29
Problemas Conductuales		
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	0,54	0,29
7. Por lo general soy obediente	0,47	0,22
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	0,51	0,26
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	0,44	0,19
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	0,43	0,19
Problemas con los Compañeros		
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	0,48	0,23
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	0,40	0,16
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	0,57	0,33
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	0,48	0,23
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	0,33	0,11
Hiperactividad		
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a	0,45	0,20
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	0,47	0,22
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	0,54	0,30
21. Pienso las cosas antes de hacerlas	0,51	0,26
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	0,41	0,17
Prosocial		
1. Procuro ser agradable con los demás	0,64	0,41
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.	0,45	0,21
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	0,54	0,29
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	0,44	0,20
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	0,53	0,29

Nota: R^2: Proporción de varianza explicada.

Como se puede observar en la Tabla 11, el rango de las cargas factoriales estandarizadas para el modelo de cinco factores osciló entre 0,33 del ítem 23 (M*e llevo mejor con los adultos que con otros/as de mi edad*) perteneciente a la subescala de *Problemas con los Compañeros,* y 0,72 del ítem 13 (*Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar*), perteneciente a la subescala *Problemas Emocionales*. Todas las cargas completamente estandarizadas estimadas fueron estadísticamente significativas ($p \leq 0,01$). La correlación entre las dimensiones latentes resultantes de este modelo dimensional de cinco dimensiones sometido a prueba osciló entre 0,02 ($p = 0,734$) (*Problemas Emocionales-Prosocial*) y 0,74 ($p \leq 0,01$) (*Problemas Conductuales-Hiperactividad*).

Por lo tanto, el modelo de cinco factores, con la inclusión de los términos de error, revela unos adecuados índices de bondad de ajuste y, a su vez, unas adecuadas cargas factoriales. Asimismo, la correlación entre las diferentes dimensiones es adecuada, si bien, como resulta lógico, la correlación de la subescala relativa a las competencias de tipo prosocial con aquellas referentes a dificultades de ajuste resulta menor. En suma, se comprueba que el modelo original propuesto por Goodman (1997), con la inclusión de los términos de error, resulta el más apropiado en comparación con los otros modelos dimensionales propuestos.

1.2.3. Invarianza de medida del SDQ en función del género y la edad

A partir de los resultados obtenidos en el AFC, y una vez comprobado que el modelo final de cinco factores, con la correlación entre términos de error (ítems 19-18, 2-10, 25-15, 15-16), es el que presenta los índices de bondad de ajuste más adecuados en comparación con los otros modelos, se sometió a prueba la hipótesis de invarianza de medición en función del género y edad (ver Tabla 12).

Tabla 12. Invarianza de medición en función del género y edad para el modelo final de cinco factores con términos de error.

	χ^2	g.l.	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	ΔCFI
Género							
Hombres (*n* = 337)	397,54	262	0,89	0,88	0,04	0,06	
Mujeres (*n* = 372)	442,45	261	0,87	0,85	0,04	0,06	
1. Invarianza Configural	897,98	526	0,86	0,84	0,05	0,06	
2. Invarianza Métrica	949,77	551	0,85	0,84	0,05	0,07	-0,01
3. Invarianza Fuerte	965,62	563	0,82	0,84	0,05	0,07	+0,01
4. Invarianza Fuerte parcial	965,62	563	0,85	0,84	0,05	0,07	-0,01
Edad dicotomizada							
14-16 (*n* = 456)	457,77	261	0,88	0,86	0,04	0,06	
17-18 (*n* = 253)	365,77	261	0,89	0,88	0,04	0,06	
1. Invarianza Configural	821,97	522	0,88	0,87	0,04	0,06	
2. Invarianza Métrica	840,88	547	0,89	0,88	0,06	0,06	-0,01
3. Invarianza Fuerte	882,78	572	0,89	0,88	0,04	0,06	-0,01

Nota: χ^2= Chi cuadrado; g.l. = Grados de libertad; CFI = Índice de Ajuste Comparativo; TLI = Índice de Tucker-Lewis; RMSEA = Error cuadrático Medio de Aproximación; SRMR= Media Estandarizada de Error Cuadrático Residual; ΔCFI= Cambio en Índice de Ajuste Comparativo.

Como se recoge en la Tabla 12, el ajuste del modelo final, tanto en hombres y mujeres como en los diferentes grupos de edad, resulta apropiado, lo cual refleja que en los diferentes grupos los datos se ajustan al modelo, y, por lo tanto, que es posible realizar el análisis de la invarianza de medición en función del género y la edad.

El cálculo de la invarianza de medida en la variable género permite detectar valores de ΔCFI superiores a 0,01 en el cálculo de la invarianza Fuerte, lo cual lleva a rechazar la hipótesis de invarianza de medición Fuerte para esta variable. Después del análisis de los interceptos de los ítems que provocaban el ΔCFI (1, 3, 4, 5, 9, 13, 24, 14, 15, 16, 18, 22 y 24), y una vez liberados dichos parámetros, se obtiene invarianza de medición Fuerte parcial, con un ΔCFI inferior a 0,01. Ello apoya la posibilidad de comparar las puntuaciones medias en función de la variable género, si bien es necesario tener presente las limitaciones en los ítems mencionados.

En el caso de la edad, los cambios en los valores de CFI (ΔCFI) inferiores a 0,01, entre el modelo configural y el resto de modelos, permiten confirmar la hipótesis de invarianza de medición Fuerte. Es decir, atendiendo al análisis realizado, es posible comparar los resultados obtenidos en los diferentes grupos de edad.

En suma, los resultados apoyan la hipótesis de equivalencia factorial de las puntuaciones del SDQ en función tanto del género como de la edad. De este modo, se pueden realizar comparaciones fiables en las puntuaciones obtenidas por los adolescentes en el SDQ atendiendo al género y a los distintos grupos de edad.

2. Prevalencia de capacidades y dificultades entre los adolescentes en función del género y la edad

Se exponen a continuación los resultados relativos a la prevalencia de capacidades y dificultades en el ajuste en cuatro subapartados: 1) prevalencia total de

competencias y expresión de dificultades en el ajuste psicológico, 2) prevalencia y expresión de capacidades y dificultades en el ajuste en función del género, 3) prevalencia y expresión de los síntomas emocionales y comportamentales en función de la edad, 4) interacción entre el género y la edad en la expresión de síntomas emocionales y comportamentales y capacidades y 5) por último, se expondrán los resultados relativos a la distribución de percentiles de las diferentes capacidades y dificultades en el ajuste psicológico entre los adolescentes.

2.1. Prevalencia de capacidades y dificultades en la muestra total

Como paso previo al establecimiento de comparaciones entre los diferentes grupos, se presenta en la Tabla 13 el número y porcentaje del total de adolescentes participantes en el estudio que respondieron *De acuerdo*, (valor 4) o *Totalmente de acuerdo* (valor 5), a las opciones de respuesta *Líkert* de cada ítem.

El hecho de colapsar estas dos categorías de respuesta permite comprobar de una forma más parsimoniosa el porcentaje de adolescentes que respondieron de forma afirmativa, dado que estas dos opciones de respuesta se corresponden con una respuesta afirmativa ante los diferentes ítems que componen el instrumento. De esta forma, un porcentaje superior en las subescalas de dificultades indica un nivel más alto de dificultades, mientras que en el caso de los ítems de la subescala *Prosocial* unos mayores porcentajes refieren mayores capacidades.

Tabla 13. Puntuaciones totales y porcentajes de los ítems del *Strengths and Difficulties Questionnaire* en la muestra total.

Ítems y dimensiones del SDQ	*n*	%
Problemas Emocionales		
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	286	12,6
8. A menudo estoy preocupado/a	509	34,5
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	234	15,8
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	506	34,2
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	172	11,7
Problemas Conductuales		
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	385	26,1
7. Por lo general soy obediente	178	12,1
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	78	5,3
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	142	9,6
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	90	6,1
Problemas de Compañeros		
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	138	9,4
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	34	2,4
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	59	4
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	107	7,3
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	252	17
Hiperactividad		
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	439	29,8
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	416	28,2
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	697	47,3
21. Pienso las cosas antes de hacerlas	236	16
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	404	27,4
Prosocial		
1. Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	1321	89,6
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.	1196	81,1
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	1282	83,3
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	1292	77,7
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	666	45,1

Tal como se observa en la Tabla 13, los adolescentes muestran un porcentaje elevado de conductas de tipo prosocial. En concreto, el 89,6% manifestó que P*rocuro ser agradable con los demás*. *Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas*, siendo algo inferior el porcentaje de los que se mostraron de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación *Trato bien a los niños pequeños* (77,7%). En cambio, destaca el hecho de que menos de la mitad de los adolescentes manifestaron que *Me ofrezco para ayudar a otras personas* (45,1%).

Respecto a las subescalas que reflejan dificultades, y en relación con los síntomas emocionales, es interesante señalar que el 34,2% de los adolescentes participantes afirmaron *Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a,* y que *A menudo estoy preocupado/a* (34,5%). Resulta destacable que el 15,8% de los adolescentes expresaron *Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar*, como indicador de falta de bienestar personal.

Asimismo, atendiendo a las dificultades de tipo conductual, el 26,1% de los adolescentes indica que *Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control* (26,1%).

Si se presta atención a los problemas de relación con los compañeros, tras la reformulación de los ítems 11 y 14, dado que estaban formulados en positivo y expresan dificultades, los resultados indican una menor prevalencia en este tipo de dificultades. En concreto, únicamente un 4% de los adolescentes no cree que *Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad,* y un 2,4% que no *Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos*. No obstante, un 7,3% declara que *Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí* y hasta un 17% indica que *Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad*.

En cuanto a los indicadores de hiperactividad, y una vez recodificados los ítems 21 y 25, se encuentra que el 16% de los adolescentes manifiesta no *Pienso las cosas antes de hacerlas,* y un 27,4% declara que no *Termino lo que empiezo, tengo buena concentración.* Destaca que un 47,3% de los adolescentes manifestaron *Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme,* siendo precisamente éste el ítem que presentó un mayor porcentaje de respuesta. De igual forma, más de una cuarta parte de los adolescentes informó que *Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo* (29,8%) y *Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado* (28,2%).

En suma, la mayor parte de los adolescentes muestran competencias prosociales y refieren pocas dificultades de relación con los compañeros, si bien tal como se ha reflejado, indican diferentes dificultades de ajuste psicológico tanto de naturaleza emocional como conductual y de distraibilidad e hiperactividad que pueden repercutir en su bienestar.

2.2. Prevalencia de capacidades y dificultades en función del género

2.2.1. Capacidades y dificultades en función del género en las dimensiones del SDQ

A continuación, se presentan en la Tabla 14 las medias y las desviaciones típicas en las subescalas y la puntuación Total de Dificultades del SDQ para hombres y mujeres.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos del *Strengths and Difficulties Questionnaire* en hombres y mujeres.

SDQ	Hombres *M (DT)* (*n*= 716)	Mujeres *M (DT)* (*n*= 758)	*F*	*p*	η^2
Problemas Emocionales	11,11 (3,52)	13,15 (4,11)	76,09	0,001	0,049
Problemas Conductuales	11,12 (3,33)	9,65 (2,80)	75,99	0,001	0,049
Problemas Compañeros	9,33 (2,98)	9,21 (2,83)	8,11	0,004	0,000
Hiperactividad	14,59 (3,99)	14,14 (3,67)	0,53	0,465	0,006
Prosocial	19,76 (2,79)	20,90 (2,54)	50,89	0,001	0,034
Total de Dificultades	46,15 (9,31)	46,15 (8,92)	0,496	0,481	0,000

Las puntuaciones medias de las áreas de dificultades entre los hombres oscilaron entre 9,33 (*DT*= 2,98) para *Problemas de Compañeros* y 14,59 (*DT*= 3,99) de *Hiperactividad*. Por su parte, entre las mujeres la media más baja de las subescalas de dificultades fue 9,21 (*DT*= 2,83) para *Problemas de Compañeros* y la más elevada de 11,11 (*DT*= 3,67) para la subescala *Hiperactividad*. Las medias para la puntuación *Total de Dificultades Totales* son similares en hombres y mujeres.

Una vez obtenidos los valores descriptivos de las diferentes dificultades y capacidades en hombres y mujeres, se estudia si los valores encontrados resultan estadísticamente significativos. El valor λ de Wilks reveló la presencia de diferencias estadísticamente significativas en los adolescentes en función del género (λ= 0,863, $F_{(5,1460)}$= 46,275, p< 0,001, η^2 parcial= 0,137). En la Figura 11 se presentan las puntuaciones medias en función del género y la edad en las subescalas y la puntuación total del SDQ.

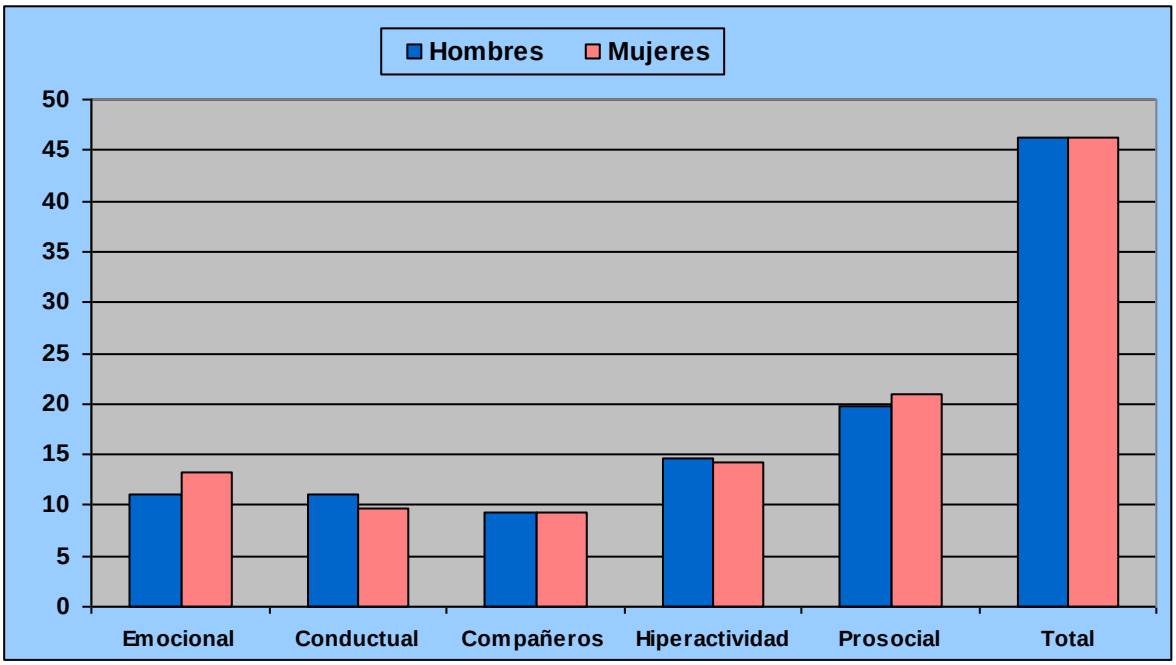


Figura 11. Comparación de las puntuaciones medias de las subescalas y puntuación Total del *Strengths and Difficulties Questionnaire* según el género.

En concreto, los resultados del ANOVA muestran la influencia significativa del factor género en la manifestación de síntomas y dificultades en las subescalas: *Problemas Emocionales*, *Problemas Conductuales* e *Hiperactividad* así como en la subescala *Prosocial*. De esta forma, las mujeres, comparadas con los hombres, obtuvieron de media 2,04 más puntos en la subescala *Problemas Emocionales* ($F_{(4,1473)}$= 76,09, p < 0,001, η^2 parcial= 0,049) y 1,14 en *Prosocial* ($F_{(4,1473)}$= 50,89, p < 0,001, η^2 parcial= 0,034). En cambio, los hombres mostraron una puntuación media mayor que las mujeres en *Problemas Conductuales* ($F_{(4,1473)}$= 75,99, p< 0,001, η^2 parcial= 0,049) e *Hiperactividad* ($F_{(4,1473)}$= 8,11, p< 0,005, η^2 parcial= 0,006). El valor del tamaño, como se observa, resulta bajo, lo cual refleja una escasa potencia de la significación.

En suma, los adolescentes muestran unos niveles elevados de competencias prosociales que resultan superiores en el caso de las mujeres quienes, por su parte,

muestran, a su vez, mayores niveles de síntomas emocionales, mientras que los hombres presentan un mayor número de dificultades relacionadas con la hiperactividad y de tipo conductual.

2.2.2. Capacidades y dificultades en función del género en los ítems del SDQ

En la Tabla 15 se muestran los resultados obtenidos del análisis de los ítems del SDQ para hombres y mujeres. Se incluyen el número y el porcentaje de adolescentes que puntuaron 4 ó 5 (*De acuerdo* o *Totalmente de acuerdo*) en las opciones de respuesta del SDQ.

En el caso de los ítems pertenecientes a las subescalas de dificultades que están formulados en positivo como por ejemplo *Por lo general soy obediente,* es preciso señalar que se encuentran recodificados, por lo tanto, se han seleccionado las opciones de respuesta 1 ó 2 (*En desacuerdo* o *Totalmente en desacuerdo*). De esta forma los porcentajes obtenidos en estos ítems deben entenderse en sentido inverso, es decir, en el ejemplo anterior el significado sería *No soy obediente por lo general*.

Tabla 15. Puntuaciones medias y prevalencia en función del género en los ítems del *Strengths and Difficulties Questionnaire.*

	Hombres (*n*= 716)			Mujeres (*n*= 758)		
Ítems y dimensiones del SDQ	Media (*DT*)	*n*	*%*	Media (*DT*)	*n*	*%*
Problemas Emocionales						
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago	1,78 (0,98)	51	7,1	2,28 (1,24)	135	36,6
8. A menudo estoy preocupado/a	2,95 (1,13)	232	32,4	3,05 (1,15)	277	36,6
13. Me siento a menudo triste	1,90 (1,09)	76	10,6	2,41 (1,21)	158	20,8
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas	2,70 (1,24)	191	26,7	3,08 (1,30)	315	41,5
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	1,78 (0,99)	55	7,6	2,32 (1,13)	114	15,4
Problemas Conductuales						
5. Cuando me enfado, me enfado mucho	2,86 (1,21)	211	29,5	2,62 (1,21)	174	2,3
7. Por lo general soy obediente	2,45 (0,98)	96	13,4	2,38 (0,94)	82	10,8
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo	1,81 (1,06)	59	8,2	1,47 (0,78)	19	2,5
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	2,17 (1,15)	100	14	1,67 (0,90)	42	5,6
22. Cojo cosas que no son mías de casa	1,83 (1,04)	57	8	1,51 (0,86)	33	4,4
Problemas de Compañeros						
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	1,78 (1,11)	77	10,7	1,62 (1,03)	51	8
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	1,32 (0,75)	21	2,9	1,25 (0,64)	13	1,7
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	1,97 (0,81)	30	4,2	2,11 (0,80)	29	3,8
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo	1,81 (1,05)	59	8,2	1,70 (0,98)	48	6,4
23. Me llevo mejor con adultos	2,45 (1,12)	209	15,2	2,52 (1,18)	143	18,8
Hiperactividad						
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a	2,89 (1,28)	240	33,5	2,76 (1,18)	192	26,2
10. Estoy todo el tiempo moviéndome	2,88 (1,23)	229	32	2,79 (1,14)	187	24,7
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	3,43 (1,23)	365	51	3,22 (1,21)	329	43,8
21. Pienso las cosas antes de hacerlas	2,48 (1,07)	110	15,3	2,52 (1,09)	126	16,6
25. Termino lo que empiezo	2,91 (1,09)	204	28,5	2,85 (1,07)	200	26,4
Prosocial						
1. Procuro ser agradable con los demás	4,23 (0,76)	629	87,9	4,38 (0,70)	692	91,3
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes	3,97 (0,87)	537	75	4,29 (0,78)	659	86,9
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	4,00 (0,84)	551	77	4,31 (0,72)	677	89,3
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	4,27 (0,89)	619	86,5	4,47 (0,85)	673	88,8
20. A menudo me ofrezco para ayudar	3,29 (0,98)	301	42,1	3,45 (0,96)	365	48,2

Como se observa en la Tabla 15, las puntuaciones medias de los hombres en las subescalas de dificultades oscilaron entre *Tengo un buen amigo por lo menos* (*M*= 1,32; *DT*= 0,75) y *Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme* (*M*= 3,43; *DT*= 1,23). La puntuación media superior fue para el ítem de la subescala *Prosocial*: *Trato bien a los niños/as más pequeños/as* (*M*= 4,27; *DT*= 0,89).

En las mujeres, las puntuaciones medias oscilaron entre *Tengo un buen amigo por lo menos* (*M*= 1,25; *DT*= 0,64) y M*e distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme* (*M*= 3,22; *DT*= 1,21). La puntuación superior fue para el ítem de la subescala *Prosocial: Trato bien a los niños/as más pequeños/as* (*M*= 4,47; *DT*= 0,85).

El porcentaje de mujeres que respondieron de forma afirmativa a los ítems relativos a las dificultades de tipo emocional fue superior al de los hombres. Por ejemplo, mientras que un 41,5% de ellas refieren *Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a*, entre los hombres el porcentaje fue del 26,7%. Dentro de esta misma subescala, y a excepción de la afirmación *A menudo estoy preocupado/a* en la que las puntuaciones fueron similares, el porcentaje de mujeres que respondieron de forma afirmativa fue casi el doble y, en algunos casos, hasta cinco veces más, como sucede en *Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas* con un 7,1% entre los hombres y un 36,6% para las mujeres. Estos resultados reflejan que ya durante la época adolescente, y en sintonía con lo que sucederá en la etapa adulta, las mujeres refieren un mayor número de síntomas de naturaleza emocional en comparación con los hombres.

Atendiendo a las dificultades de tipo conductual, un 29,5% de los hombres compartieron la afirmación de *Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el*

control, versus un 2,5% de las mujeres, siendo los porcentajes superiores en los hombres para el resto de los ítems de esta subescala. En la misma, el 13,4% de los hombres que afirmaron *Por lo general soy obediente* debe ser recodificado, indicando que un 13,4% de los mismos no es obediente. Tal y como se desprende de los resultados, y de manera inversa a lo que sucede en el caso de las dificultades de tipo emocional, los hombres reflejan durante la adolescencia un mayor número de dificultades de tipo conductual, confirmando la idea de una mayor propensión del género masculino a las dificultades relacionadas con el factor externalizante.

Con respecto a las dificultades en la relación con los compañeros, la única afirmación en la que las mujeres revelaron unos porcentajes superiores es la de *Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad* (18,8%), versus el 15,2% de los hombres. Se constata, en sintonía con lo reflejado en el análisis estadístico, que no existen diferencias entre los adolescentes en las dificultades de relación con los compañeros entre hombres y mujeres. En este sentido, la mayor capacidad prosocial encontrada en las chicas no parece encontrarse relacionada con un menor número de dificultades en la relación con los compañeros y, de la misma forma, las dificultades de comportamiento reveladas en los hombres no determinan mayores dificultades en la relación con los iguales.

En cuanto a las dificultades relativas a la subescala *Hiperactividad*, los hombres mostraron unos porcentajes superiores a las mujeres en todos los ítems a excepción de *Pienso las cosas antes de hacerlas*, en el cual se encuentra, una vez recodificado, que un 16,6% de las mujeres no piensa las cosas antes de hacerlas por un 15,3% de los hombres. Nuevamente, los hombres refieren un mayor número de dificultades relacionadas con el factor externalizante.

Finalmente, las mujeres obtuvieron unos porcentajes superiores en todos los ítems relativos a la subescala *Prosocial*, por ejemplo un 86,9% afirmaron que: *A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)* versus un 75% de los hombres.

En definitiva, los resultados indican que, por lo general, las mujeres expresan un mayor número de conductas de tipo prosocial durante la adolescencia. Por otro lado, tal y como se mencionó en el primer capítulo, la influencia de los cambios biológicos que acontecen en esta etapa, en sintonía con las construcciones sociales, parecen determinar que, como se esperaba, los hombres expresen un mayor número de dificultades de tipo externalizante, mientras que en el caso de las mujeres manifiesten más dificultades de tipo internalizante, en concreto, emocionales.

2.3. Prevalencia de competencias y dificultades en el ajuste en función de la edad

2.3.1. Competencias y dificultades en función de la edad en las dimensiones del SDQ

En la Tabla 16 se presentan las medias y las desviaciones típicas en las subescalas y la puntuación Total del SDQ para los diferentes grupos de edad.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos del *Strengths and Difficulties Questionnaire* para los diferentes grupos de edad.

SDQ	14 años *M* (*DT*)	15 años *M* (*DT*)	16 años *M* (*DT*)	17 años *M* (*DT*)	18 años *M* (*DT*)	*F*	*p*	η^2
Problemas Emocionales	12,07 (3,99)	11,76 (3,99)	12,11 (4,09)	12,61 (3,77)	12,61 (3,77)	2,144	0,073	0,006
Problemas Conductuales	10,01 (3,15)	10,43 (3,08)	10,47 (3,24)	10,42 (3,11)	10,28 (3,18)	0,688	0,6	0,002
Problemas Compañeros	9,08 (2,69)	9,09 (2,86)	9,21 (2,86)	9,50 (3,02)	9,50 (3,11)	1,335	0,255	0,004
Hiperactividad	13,93 (3,80)	14,09 (3,72)	17,70 (3,76)	14,42 (3,90)	14,46 (4,16)	1,577	0,178	0,004
Prosocial	20,54 (2,72)	20,19 (2,82)	20,18 (2,81)	20,43 (2,41)	20,72 (2,93)	1,52	0,194	0,004
Total de Dificultades	45,08 (9,20)	45,37 (8,91)	46,49 (9,05)	46,82 (9,21)	46,85 (9,21)	1,873	0,113	0,005

Como se observa en la Tabla 16, Las puntuaciones medias de las subescalas de dificultades oscilaron entre la subescala de *Problemas Emocionales* en los adolescentes de 14 años (*M*= 9,08, *DT*= 2,69) y la subescala de *Hiperactividad* en los adolescentes de 16 años (*M*= 17,70, *DT*= 3,76). En conjunto, la puntuación media más elevada la obtuvieron los adolescentes de 18 años en la subescala *Prosocial* (*M*= 20,72, *DT*= 2,93). El valor Lambda de Wilks no revela diferencias estadísticamente significativas en función de la edad en ninguna de las subescalas del SDQ (λ= 0,983, $F_{(20, 4843)}$= 1255, *p*= 0,198, η^2 parcial= 0,004).

Por lo tanto, y en relación con la edad, no se encuentran diferencias en la expresión de dificultades en los diferentes grupos de edad ni tampoco en las capacidades prosociales.

2.3.2. Capacidades y dificultades en función de la edad en los ítems del SDQ

Como se ha mencionado previamente, el MANOVA no muestra diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología emocional y comportamental y capacidades prosciales y la edad de los adolescentes, tanto de forma general, como de una forma específica en ninguna de las subescalas.

A continuación, en la Tabla 17 se presentan los resultados obtenidos en el análisis de los ítems del SDQ para cada grupo de edad. Se incluyen el número y el porcentaje de adolescentes que puntuaron 4 ó 5 (*De acuerdo* o *Totalmente de acuerdo*) en las opciones de respuesta del SDQ. Al igual que en el caso de la variable género, se pretende aunar las opciones de respuesta que denotan una respuesta afirmativa a las diferentes afirmaciones, siendo necesario tener presente que unos

mayores porcentajes en la subescala prosocial denotan capacidades y que los ítems señalados, formulados en positivo, han sido recodificados.

Tabla 17. Puntuaciones y porcentajes para los ítems del *Strengths and Difficulties Questionnaire* en función de la edad.

Ítems	14 años		15 años		16 años		17 años		18 años	
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	17	8,8	40	11	55	13,2	45	12,4	39	21,2
8. A menudo estoy preocupado/a	62	31,8	110	30,6	147	35	142	39,1	48	35,1
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	27	13,9	56	15,6	65	15,5	61	16,8	25	18,3
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, pierdo la confianza	66	33,8	109	30,3	148	35,4	133	36,6	50	36,5
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	25	12,8	29	8	53	12,7	47	13	18	13,2
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	40	20,5	89	24,7	113	27	103	28,3	40	29,2
7. Por lo general soy obediente	15	7,7	58	16,1	49	11,7	37	10,2	19	13,9
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	7	3,6	16	4,4	23	5,5	20	5,5	12	8,8
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	20	10,3	41	11,4	42	10	27	7,5	12	8,7
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	10	5,2	20	5,6	27	6,5	24	6,6	9	6,5
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	15	7,7	33	9,2	39	9,3	32	8,8	19	13,8
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	3	1,5	10	2,7	6	1,4	11	3,1	4	3
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	10	5,1	13	3,7	15	3,6	13	3,6	8	5,8
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	18	9,2	36	10	24	5,7	18	5,5	9	6,6
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	15	7,7	49	13,6	81	19,4	76	20,9	31	22,7
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	44	22,6	99	27,5	137	32,7	113	31,2	46	33,5
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	48	24,6	91	25,3	130	31	101	27,8	36	33,5
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	86	44,5	164	45,5	207	49,4	175	42,8	65	47,4
21. Pienso las cosas antes de hacerlas	27	13,9	64	17,8	65	15,5	61	16,8	19	13,9
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	52	26,6	97	26,9	121	28,9	93	25,6	41	29,9
1. Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos	184	94,4	325	92,3	369	88,1	320	88,2	123	89,8
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.	152	77,9	284	78,9	337	80,4	312	85,9	11	81
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	157	80,5	293	78,6	352	84	319	87,8	117	85,4
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	175	89,7	310	86,2	364	86,4	323	89	122	89
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	93	47,7	151	42	159	46,5	156	43	71	51,8

Como se observa en la Tabla 17, en la subescala de *Problemas Emocionales*, un 13,9% de los adolescentes de 14 años manifestaron *Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar,* mientras que el porcentaje en los de 16 años fue del 16,8% y en los de 18 años fue del 18,3%. Dentro de esta misma subescala, un 8,8% de adolescentes de 14 años manifestaron que S*uelo tener muchos dolores de cabeza*, *estómago o náuseas*, mientras que entre los de 16, 17 y 18 años este porcentaje fue del 13,2%, 12,4% y 21,2% respectivamente.

En cuanto a las dificultades de tipo conductual las puntuaciones resultaron más diversas. Así, mientras en algunos ítems como *A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas* se encuentra un mayor porcentaje de adolescentes de 14 (10,3%) ó 15 (11,4%) años que de 17 (7,5%) ó 18 (8,7%) años, en otros sucede lo contrario, siendo los adolescentes de 18 años quienes manifestaron, en mayor medida, que *Por lo general no soy obediente* (13,9%), una vez recodificado el ítem.

En otras subescalas se aprecian igualmente porcentajes diversos como por ejemplo en la *Prosocial* con la afirmación *Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.* que comparten un 77,9% de los adolescentes de 14 años, mientras que entre los de 16 años el porcentaje fue del 85,9%.

En suma, los resultados obtenidos reflejan que los adolescentes en las diferentes edades muestran en un alto porcentaje conductas de tipo prosocial, si bien las conductas relacionadas con ofrecimiento de ayuda revelan unos porcentajes inferiores. Por otro lado, y si se presta atención a las diferentes dificultades, no es posible establecer unas conclusiones concretas en torno a su relación con la edad, dado que, en ciertas afirmaciones, los grupos de edad más jóvenes revelan unos porcentajes superiores y en otros casos son los adolescentes de mayor edad quienes refieren mayor nivel de

dificultades, en sintonía con lo encontrado en el análisis de las subescalas que no refleja diferencias significativas en la presentación de dificultades en relación con la edad.

2.4. Interacción entre el género y la edad en la expresión de capacidades y dificultades emocionales y comportamentales

Una vez expuestos los resultados obtenidos en torno a las variables género y edad, se procede a continuación a presentar los resultados relativos a la interacción conjunta de ambas variables.

El valor λ de Wilks revela la presencia de diferencias estadísticamente significativas en la interacción género por edad (λ = 0,978, F (20,484)= 1,633, $p \leq$ 0,001, η^2 parcial = 0,006). No obstante los valores de la misma, en concreto el η^2 parcial, advierten de una escasa significación práctica. En consecuencia, la interacción de estas dos variables no resulta estadísticamente significativa para ninguna subescala en particular. No obstante, en las subescalas *Hiperactividad* y *Prosocial* hay unos valores cercanos a la significación estadística. A continuación, en las Figuras 12 y 13 se muestran las diferencias en estas dos subescalas atendiendo a la interacción género x edad.

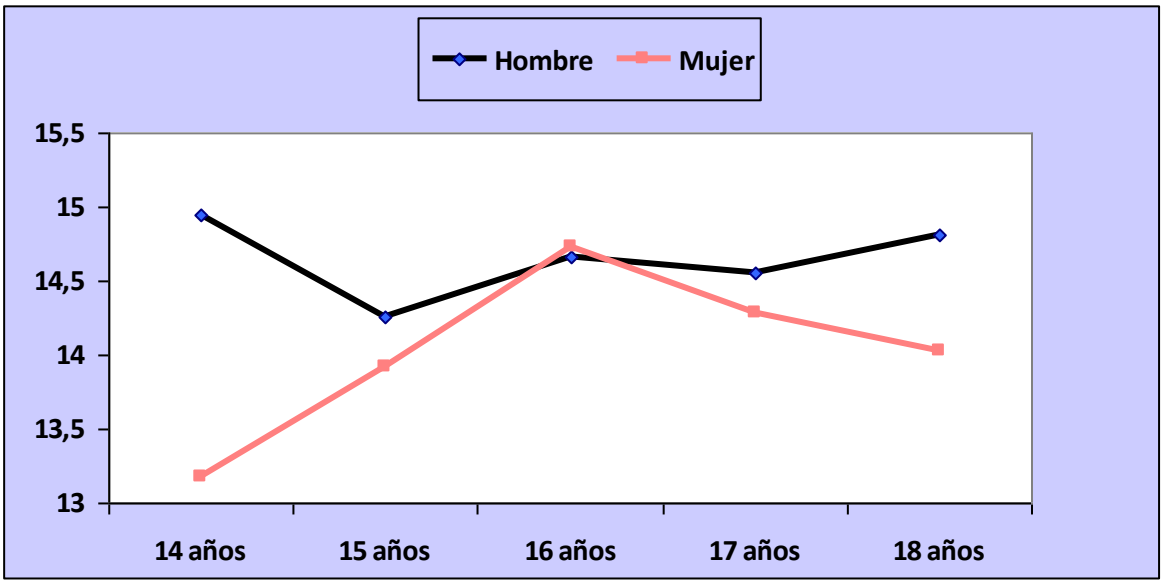


Figura 12. Interacción entre género y edad en la subescala *Hiperactividad*.

Como se observa en la Figura 12, los hombres presentan mayores dificultades relacionadas con la hiperactividad al inicio de la adolescencia, en torno a los 14 años. Sin embargo, estas diferencias disminuyen conforme se avanza en la etapa hasta alcanzar unos valores semejantes a los 16 años, momento a partir del cual los hombres vuelven a puntuar más en este tipo de problemas.

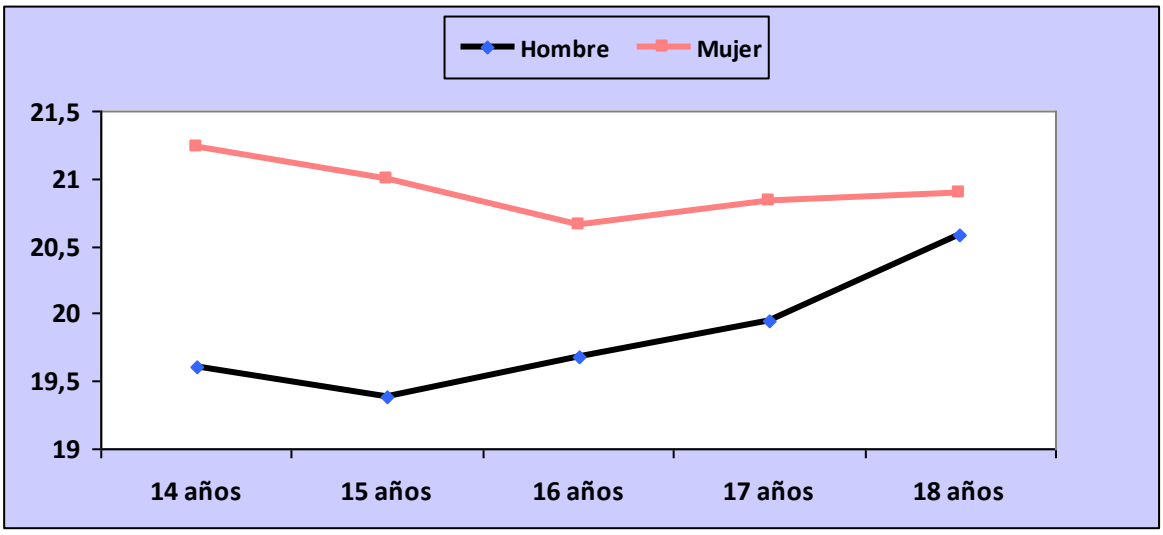


Figura 13. Interacción entre género y edad en la subescala *Prosocial*.

En la Figura 13 se observa que las mujeres indican más capacidades de tipo prosocial a lo largo de toda la adolescencia, si bien la diferencia entre hombres y mujeres es mayor en los años iniciales.

En suma, los resultados reflejan que en la adolescencia las diferentes capacidades y dificultades difieren en función del género, y que las diferencias no son lineales a lo largo de ella, sino que varían en función del momento del desarrollo dentro de la etapa. En general, las diferencias entre hombres y mujeres son superiores en los momentos iniciales para, a continuación, reducirse con el paso de la edad conforme los adolescentes se acercan a la adultez. Por ejemplo, a pesar de que los hombres refieren mayores valores de hiperactividad al comienzo de la etapa, al final de la misma las diferencias resultan inferiores. Por otro lado, las diferencias observadas en las capacidades prosociales a favor de las mujeres tienden a reducirse, alcanzando hombres y mujeres unos valores semejantes al final de la adolescencia.

2.5. Distribución de las capacidades y dificultades en función del género y la edad

Una vez expuestas las diferencias en las capacidades y dificultades respecto al género y edad se presentan a continuación los resultados relativos a la distribución de percentiles, tanto para hombres y mujeres, como en los diferentes grupos de edad.

El estudio de los percentiles posibilita conocer las diferentes puntuaciones de corte para cada grupo de género y edad como punto de partida clave para la posible articulación de planes de intervención. Todo ello con el propósito de disminuir la incidencia de estas problemáticas y mejorar la adaptación en el entorno escolar.

Tabla 18. Distribución de percentiles en hombres y mujeres en el *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

Hombres (*n*= 716)							Mujeres (*n*= 758)						
	SDQ						SDQ						
PC	Emo	Cond	Hip	Comp	Pros	Tot	Emo	Cond	Hip	Comp	Pros	Tot	**PC**
1	5	5	6	5	11	27	5	5	6	5	14	27	**1**
5	6	6	8	6	15	32	7	6	8	6	16	32	**5**
10	7	7	9	6	16	35	8	6	10	6	18	35	**10**
20	8	8	11	7	18	38	10	7	11	7	19	39	**20**
30	9	9	13	8	19	41	11	8	12	8	20	41	**30**
40	10	10	14	8	19	44	12	9	13	8	20	43	**40**
50	11	11	15	9	20	46	13	9	14	9	21	46	**50**
60	12	11	15	10	21	48	14	10	15	9	22	48	**60**
70	13	13	17	10	21	50	15	11	16	10	22	50	**70**
80	14	14	18	11	22	53	17	12	17	11	23	54	**80**
90	16	15	20	13	23	58	19	13	19	13	24	58	**90**
95	18	17	22	15	24	62	20	15	20	15	25	62	**95**
99	21	21	24	19	25	70	23	17	23	18	25	68	**99**

Nota: PC= Percentiles; Emo= Problemas Emocionales; Cond: Problemas Conductuales; Hip= Hiperactividad; Comp= Problemas de Compañeros; Pros= Prosocial; Tot= Dificultades Totales.

Como se recoge en la Tabla 18, entre las dificultades emocionales halladas, el 10% de los hombres se ubican por debajo de la puntuación 7, mientras que en el caso de las mujeres la puntuación es de 8. En el otro extremo, la puntuación 19 agrupa al 90% de las mujeres mientras que en el caso de los hombres este mismo porcentaje se reúne en torno a la puntuación 16.

Por otro lado, los puntos de corte en los extremos inferiores, para las respectivas subescalas de dificultades *Problemas Conductuales*, *Hiperactividad y Problemas de Compañeros*, son, en el género femenino de 6, 10 y 6, y en el masculino de 7, 9 y 6. En los extremos superiores, los puntos de corte para el 90% de los adolescentes en estas mismas subescalas son entre las mujeres de 13, 19 y 13, mientras que en los hombres son de 15, 20 y 13.

En lo que refiere a la subescala *Prosocial* el punto de corte que deja por debajo el 90% de las mujeres es 24, mientras que en los hombres es 23. Por último, en lo que concierne a la puntuación *Total de Dificultades*, un 10% de la muestra en hombres y mujeres se sitúa por debajo de la puntuación 35, mientras que tanto en hombres y mujeres un 90% de los mismos se ubican por debajo de la puntuación 58. Dado que las puntuaciones percentiles no permiten el establecimiento de diferencias a nivel estadístico, únicamente se refieren los puntos de corte más significativos en cada uno de los grupos. Para la lectura de las diferencias encontradas en hombres y mujeres se puede acudir a puntos anteriores.

A continuación, en las Tablas 19 y 20 se presentan la distribución de percentiles para cada una de las edades de estudio.

Tabla 19. Percentiles en adolescentes de 14 y 15 años en el *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

	14 años (*n*= 195)						15 años (*n*= 360)						
	SDQ						SDQ						
PC	Emo	Cond	Hiper	Comp	Pros	Tot	Emo	Cond	Hiper	Comp	Pros	Tot	**PC**
1	5	5	6	5	12	26	5	5	6	5	13	24	**1**
5	7	6	7	6	16	31	6	6	8	5	15	32	**5**
10	7	6	9	6	17	34	7	7	9	6	16	35	**10**
20	9	7	11	7	19	37	8	8	11	7	18	37	**20**
30	10	8	12	8	19	40	9	9	12	7	19	40	**30**
40	10	9	13	8	20	42	10	9	13	8	20	43	**40**
50	12	10	14	9	21	45	11	10	14	8	20	45	**50**
60	12	11	15	9	21	48	13	11	15	9	21	48	**60**
70	13	11	16	10	22	50	14	12	16	10	22	50	**70**
80	15	12	17	11	23	53	15	13	17	11	23	53	**80**
90	18	14	18	12	24	56	17	14	19	13	24	57	**90**
95	20	15	20	15	25	61	19	16	20	15	24	61	**95**
99	22	20	25	18	25	69	23	19	23	18	25	65	**99**

Nota: PC= Percentiles; Emo= Problemas Emocionales; Cond: Problemas Conductuales; Hip= Hiperactividad; Comp= Problemas de Compañeros; Pros= Prosocial; Tot= Dificultades Totales.

Los puntos de corte de los percentiles 10 y 90 en las distintas edades, si bien no son idénticos, resultan semejantes. En las dificultades de tipo emocional, el 10% de los adolescentes obtiene una puntuación igual o inferior a 7 y 8 en todas las edades, mientras que el 90% de los mismos se encuentran entre las puntuaciones 17 y 18 años.

En cuanto a las dificultades de tipo conductual, las puntuaciones oscilan entre 6 y 7 en el extremo inferior y 14 y 15 para el 90%. En lo referente a la *Hiperactividad* el punto de corte inferior del 10% resulta algo superior con puntuaciones entre 9 y 10 mientras que las puntuaciones de 18 y 20 deban por debajo al 90% de los adolescentes de todas las edades.

En el caso de los *Problemas de Compañeros*, las puntuaciones resultan inferiores que en el resto de las subescalas, revelándose en todos los grupos la misma puntuación de corte para el 10% (6), siendo las puntuaciones superiores igualmente inferiores que en el resto de las subescalas y oscilando entre 12 y 13 para el 90% de los adolescentes.

En la puntuación *Total de Dificultades*, los adolescentes de 14 años muestran la menor puntuación de corte en el primer tramo del 10% con 33,6, mientras que en el otro extremo, son los de 18 años quienes muestran unos mayores puntos de corte con el 90% de los mismos con una puntuación igual o inferior a 60.

Tabla 20. Percentiles en adolescentes de 16, 17 y 18 años en el *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

	16 años (*n*= 419)						17 años (*n*= 363)						18 años (*n*= 137)						
	SDQ						SDQ						SDQ						
PC	Emo	Cond	Hiper	Comp	Pros	Tot	Emo	Cond	Hiper	Comp	Pros	Tot	Emo	Cond	Hiper	Comp	Pros	Tot	**PC**
1	5	5	7	5	12	27	5	5	6	5	14	27	5	5	6	5	11	26	**1**
5	6	6	8	6	15	33	7	6	8	6	16	33	7	6	8	6	15	32	**5**
10	7	7	10	6	17	36	8	7	9	6	17	36	8	7	9	6	17	36	**10**
20	9	8	11	7	18	39	9	8	11	7	18	40	9	8	11	7	18	39	**20**
30	10	8	13	7	19	41	10	9	12	8	19	42	10	8	12	8	19	41	**30**
40	11	9	14	8	20	43	11	9	13	8	20	44	11	9	13	8	21	45	**40**
50	12	10	15	9	20	46	12	10	15	9	20	46	12	10	15	9	21	47	**50**
60	13	11	16	9	21	48	13	11	15	9	21	48	13	11	15	10	22	49	**60**
70	14	12	17	10	22	51	14	12	16	10	22	50	15	11	17	11	23	51	**70**
80	15	13	18	11	23	54	16	13	17	12	22	53	16	13	18	12	23	55	**80**
90	18	15	20	13	24	59	18	14	19	13	23	58	17	15	19	13	24	60	**90**
95	20	16	21	15	24	62	19	16	21	16	24	63	19	17	22	16	25	63	**95**
99	22	20	24	19	25	73	22	21	25	20	25	74	24	20	25	21	25	71	**99**

Nota: PC= Percentiles; Emo= Problemas Emocionales; Cond: Problemas Conductuales; Hip= Hiperactividad; Comp= Problemas de Compañeros; Pros= Prosocial; Tot= Dificultades Totales.

En suma, la distribución de percentiles, tanto en los distintos grupos de edad como en ambos géneros, permite constatar que los adolescentes muestran en un alto porcentaje capacidades prosociales, revelándose unas altas puntuaciones en estos grupos. Así mismo, se constata que un elevado porcentaje se ubica en puntuaciones bajas en relación con las diferentes dificultades analizadas, si bien es preciso señalar que cierto porcentaje de adolescentes queda comprendido en puntuaciones superiores.

IV. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan y discuten las principales conclusiones de esta investigación en función de los objetivos planteados, así como las principales limitaciones y prospectiva, con el propósito de ofrecer nuevas aportaciones en torno al bienestar y ajuste del adolescente en el contexto escolar.

1. Conclusión y discusión específica de los objetivos

Objetivo 1. Estudiar las propiedades psicométricas de las puntuaciones SDQ en población adolescente española como instrumento de medida del ajuste emocional y comportamental

a) Analizar la consistencia interna de las puntuaciones del SDQ en adolescentes españoles

Las puntuaciones del SDQ muestran unos niveles de fiabilidad discretos en dos de las subescalas y aceptables en el resto. Al igual que sucede en estudios previos (Becker, Hagenberg, Roessner, Woerner y Rothenberg, 2004; Goodman, 2001; Koskelainen, Sourander y Vauras, 2001; Mellor y Stokes, 2007; Muris, Meesters, Eijkelenboom y Vincken, 2004; Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwab-Stone, 2008; Ruchkin, Koposov y Schwab-Stone, 2007; Yao et al., 2009), las subescalas de *Problemas Conductuales* y *Problemas de Compañeros* presentan bajos niveles de consistencia interna, con valores de 0,58 y 0,56, respectivamente. En el resto de las subescalas se han encontrado unos niveles de consistencia interna aceptables siendo el

valor alfa de Cronbach para la puntuación *Total de Dificultades* de 0,75. La consistencia interna de las puntuaciones del SDQ para mujeres y hombres en las subescalas de dificultades se sitúan entre 0,53 y 0,77.

Otras investigaciones llegan a resultados similares cuando se analiza la consistencia interna. Por ejemplo, el estudio de Rothenberg, Becker, Erhart, Wille y Ravens-Sieberer (2008), presentó un Alfa de Cronbach de 0,82 para el *Total de Dificultades*, mientras que los valores para las subescalas de *Problemas Conductuales* y *Problemas de Compañeros* fueron más discretos con valores de 0,58 y 0,62, respectivamente. No obstante, Gómez (2012) encontró unos niveles de fiabilidad que oscilaron entre 0,60 para *Problemas de Compañeros* y 0,70 para *Hiperactividad*, siendo la subescala de *Problemas Conductuales* el segundo valor más elevado con 0,68. En este trabajo no se ha analizado la estabilidad de las puntuaciones del SDQ, no obstante estudios previos han obtenido unos valores de fiabilidad que oscilan entre 0,47 y 0,76 (Mellor, 2004; Svedin y Priebe, 2008).

La introducción del formato de respuesta tipo *Likert* con cinco opciones puede haber contribuido a la mejora de la fiabilidad de las puntuaciones tal como postulan otros autores (Lozano, García-Cueto y Muñiz, 2008; Muñiz, García-Cueto y Lozano, 2005) que recomiendan este formato para mejorar las propiedades métricas de las puntuaciones, así como para la construcción de medidas dimensionales en psicología (Markon, Chmielewski y Miller, 2011).

En definitiva, los valores obtenidos en el estudio de la consistencia interna del SDQ son aceptables pero implican cierto grado de cautela a la hora de interpretar los resultados, especialmente en las subescalas *Problemas Conductuales* y *Problemas de Compañeros*, que muestran bajos niveles de consistencia interna de las puntuaciones.

b) Recoger evidencias de validez de estructura interna del SDQ en una muestra representativa de adolescentes españoles

El estudio de la estructura interna realizado ha permitido recoger evidencias de validez del instrumento y es un paso previo necesario a la administración de cualquier tipo de instrumento de medición.

Los sucesivos AFEs han revelado una estructura factorial de tres factores como la más apropiada, compuesta por un factor Internalizante relacionado con síntomas emocionales y de relación, un factor Externalizante que engloba la sintomatología relacionada con la hiperactividad y aspectos conductuales y, por último, un factor relativo a las conductas prosociales.

Esta estructura factorial ha sido encontrada como la más apropiada tanto en análisis factoriales de tipo exploratorio como confirmatorio (Koskelainen, Sourander y Vauras, 2001; Percy, McCrystal y Higgins, 2008; Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwab-Stone, 2008). Por ejemplo, el estudio de Ruchkin et al., (2008), con una muestra de más de 5000 adolescentes en EEUU, analizó la estructura del SDQ de tres y cinco factores mediante AFE y AFC, encontrando que la estructura tridimensional resultaba más apropiada que la de cinco. A pesar de ello, los sucesivos AFCs no han permitido constatarla.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto, en sintonía con otras investigaciones (Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwab-Stone, 2008; Ruchkin, Koposov y Schwab-Stone, 2007; Svedin y Priebe, 2008; Van Roy, Veenstra y Clench-Aas, 2008; Yao et al., 2009), que una estructura de cinco factores resulta más apropiada, contradiciendo aquellos trabajos que proponen una estructura de tres factores como la mejor para explicar la dimensionalidad subyacente a las puntuaciones del SDQ

(Koskelainen, Sourander y Vauras, 2001; Percy, McCrystal y Higgins, 2008; Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwab-Stone, 2008).

Los índices de bondad de ajuste encontrados al someter a prueba el modelo original de cinco factores resultan discretos, siendo necesario añadir la correlación entre los términos de error de los ítems (con contenido similar) para obtener unos índices de bondad de ajuste óptimos. En este sentido, a pesar de que en la mayoría de estudios la solución factorial más satisfactoria es la de cinco factores, diferentes investigaciones también cuestionan la adecuacion de esta solución (Percy, McCrystal y Higgins, 2008; Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch, 2004). Por ejemplo, Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch (2004) concluyeron que la estructura factorial del SDQ no resultaba apropiada debido a diferentes solapamientos entre los ítems. Igualmente, Mellor y Stokes (2007) revelaron que ninguna de las subescalas del SDQ era esencialmente unidimensional. Los índices de bondad de ajuste hallados, una vez añadidos la correlación entre los términos de error, han mostrado mejoras significativas en los mismos, tanto para el modelo de cinco como para el de tres dimensiones.

Por otro lado, el hecho de que el SDQ contenga ítems redactados en positivo en las subescalas de dificultades genera la posibilidad de que los mismos pudieran formar un artefacto estadístico compuesto por estos ítems más los del factor prosocial, redactados también en positivo y, por lo tanto, que la extensión del factor prosocial, con la inclusión de todos ellos, pudiera reflejar la existencia de un constructo de respuesta positiva (Goodman, 2001).

La extensión del factor prosocial con la inclusión de estos ítems ha sido estudiada por diferentes autores (Dickey y Blumberg, 2004; van de Looij-Jansen, Goedhart, De Wilde y Treffers, 2011), mostrando un ajuste superior que el modelo original de cinco factores. Sin embargo, el análisis de la diferencia en CFI (ΔCFI)

realizado en el presente estudio no genera, en contraste con lo informado por van de Looij-Jansen et al., (2011), una mejora sustancial con respecto al modelo de original de cinco factores sin modificación.

En suma, los resultados revelan que la estructura factorial más apropiada es la de cinco factores, si bien el ajuste óptimo del modelo se ha encontrado una vez añadidos los términos de error entre los ítems. Por lo tanto, los resultados obtenidos al analizar la estructura dimensional del SDQ son heterogenéos y, en algunos casos, contradictorios, en consonancia con los de otros estudios. Esta disparidad de resulados se puede deber, entre otros aspectos, a las características de las muestras y a las técnicas estadísticas utilizadas. Por este motivo, si bien es posible apoyar el modelo original propuesto por Goodman (1997), es preciso ser cautos a la hora de utilizar las cinco subescalas del SDQ y aplicarlas en el contexto escolar como prueba de detección del mayor o menor ajuste emocional y comportamental y de conductas prosociales entre los adolescentes.

c) Examinar la invarianza de medición de las puntuaciones del SDQ en función del género y la edad de los participantes

El cumplimiento del supuesto de invarianza permite hacer inferencias fundadas a partir de los datos, así como comparar las puntuaciones entre los grupos. No tendría sentido realizar comparaciones en las dimensiones del SDQ si los varones y las mujeres interpretaran el contenido de los ítems de formas distintas, o si este constructo no funcionase exactamente igual a través de los grupos objeto de comparación.

Los resultados obtenidos permiten constatar la invarianza de medición del modelo de cinco factores del SDQ, tanto en el género como en la edad de los participantes. No obstante, en el caso del género, la invarianza es parcial, es decir,

ciertos ítems no cumplieron el supuesto de invarianza, presentando, por lo tanto, un funcionamiento diferencial en función de esta variable.

Existen pocas investigaciones que hayan estudiado la invarianza en el SDQ en su versión autoinformada (Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch, 2004; Ruchkin, Jones, Vermeiren y Schwab-Stone, 2008). Estudios recientes han encontrado invarianza de medición parcial en la versión autoinformada del SDQ en población adolescente en determinadas variables sociodemográficas incluyendo el género y la edad (He, Burstein, Schmitz y Merikangas, 2013; van de Looij-Jansen, Goedhart, De Wilde y Treffers, 2011). Por ejemplo, el estudio de van de Looij-Jansen et al., (2011), con adolescentes holandeses, mostró que la versión autoinformada del SDQ resultaba invariante en función de la edad, el nivel de educación y la etnia, encontrando invarianza de medición parcial para el género en la subescala *Prosocial*.

La adolescencia es una etapa del desarrollo en la que los sucesivos cambios biopsicosociales tienen lugar y acontecen de forma diferencial en función del género y la edad (Salmera-Aro, 2011). Por este motivo, la detección y evaluación psicológica en esta etapa debe tener como punto de partida que los diferentes constructos teóricos son entendidos de forma semejante en relación con las variables que son objeto de estudio, como son en este caso el género y la edad. De otra forma, los resultados encontrados podrían no ser válidos y reflejar, no tanto las diferencias reales en las puntuaciones, sino diferencias en la forma de entender las diferentes afirmaciones del SDQ.

Una vez conocidas las propiedades psicométricas del SDQ, se presentan las conclusiones relativas al objetivo dos.

Objetivo 2. Conocer la prevalencia de capacidades y dificultades socioemocionales en población adolescente

Con la intención de hacer más accesible el segundo objetivo de la investigación se ha desglosado en cinco objetivos. A continuación, se presentan las principales conclusiones y discusiones de cada uno de ellos.

a) Estudiar la prevalencia de capacidades y dificultades en la muestra total

Los resultados encontrados permiten constatar la expresión de diferentes dificultades de naturaleza emocional y comportamental durante la etapa adolescente, así como la existencia de capacidades de naturaleza social.

En concreto, se demuestra que, si bien existen dificultades de naturaleza emocional y conductual, hay un significativo porcentaje de adolescentes que no las refiere. La mayoría de ellos muestra competencias de tipo prosocial que juegan un importante papel en su capacidad de adaptación a los diferentes cambios tanto de naturaleza física como de orden cognitivo y social, y que delimitan de forma notable la adaptación y el bienestar individual (Lerner et al., 2011).

Respecto a las dificultades, un 11,7% (*Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente*), y un 34,5% (*A menudo estoy preocupado/a*) de los participantes las manifiestan en el ajuste emocional.

En cuanto a los problemas conductuales, los porcentajes se sitúan entre el 5,3% de *Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás* y el 26,1% que expresan que *Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control*.

Si se presta atención a las dificultades relacionadas con la hiperactividad, se observan unos porcentajes que se sitúan entre el 16% indicando que *No pienso las cosas*

antes de hacerlas, y el 47,3% que manifiestan que *Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme*.

Por último, las dificultades en la relación con los compañeros desprenden unos porcentajes inferiores situados entre el 4% en *Por lo general no cae bien a otra gente de su edad,* y el 17% que declara *Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad*.

Estas dificultades halladas convergen con otros estudios a nivel nacional e internacional. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud España 2006 reveló que las tasas de algún tipo de problema de naturaleza psicológica se encontraban entre un 10 y un 20% en niños y adolescentes. A nivel internacional, los porcentajes se sitúan entre el 5 y el 20% (Blanchard, Gurka y Blackman, 2006; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Ravens-Sieberer et al., 2008). Los estudios realizados con el SDQ (Liu et al., 2013; Ruchkin, Koposov, Vermeiren y Schwab-Stone, 2012; Shoval et al., 2012; Yao et al., 2009) corroboran estas cifras. Por ejemplo, el estudio llevado a cabo por Yao et al., (2009), con adolescentes chinos, reveló unos porcentajes de dificultades psicológicas del 10% tanto en hombres y mujeres como en los diferentes grupos de edad de 11-14 años y de 15-18 años.

Estos distintos niveles de dificultades emocionales y comportamentales encontrados deben ser entendidos, en sintonía con los postulados neuroconstructivistas, como la conjunción entre la expresión genética, la estructura y funcionamiento cerebral y los procesos cognitivos y de conducta, que acontecen de forma ordenada y sucesiva (Grossmann, Gliga, Johnson y Mareschal, 2009; Westermann et al., 2007). El proceso de desarrollo adolescente, desde este enfoque, no puede ser contemplado como uniforme, dada su epigénesis probabilística que genera a manifestaciones diferenciales.

En este sentido, las diferentes competencias de tipo prosocial pueden jugar un importante papel protector que potencie la capacidad de ajuste del adolescente. Los resultados obtenidos revelan que los adolescentes expresan en un elevado porcentaje capacidades de tipo prosocial, con un 45,1%, *A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños*), y un 89,6% que indica que *Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas*.

De forma opuesta, las dificultades en las relaciones con los amigos y compañeros se postulan como predictores de desajustes emocionales durante la adolescencia (Allen, McElhaney, Kuperminc y Jodl, 2004) y, de igual manera, ciertos patrones de retraimiento, aislamiento social y rechazo de los compañeros predicen un aumento de los síntomas depresivos así como conductas de tipo disruptivo (Allen, McElhaney, Kuperminc y Jodl, 2004; Galambos y Krahn, 2008; Prinstein y Wang, 2007) entre ellos.

Todo esto refuerza la relevancia de las relaciones sociales durante la adolescencia, especialmente si se tiene en cuenta que el establecimiento de vínculos sociales apropiados y el contacto social parecen jugar un importante papel en la disminución de dificultades de naturaleza conductual y, de igual forma, en los síntomas internalizantes (Chango, McElhaney y Allen, 2009; Giordano, Manning y Longmore, 2005). Por este motivo, y teniendo en cuenta las diferentes competencias prosociales expresadas por los adolescentes, la intervención podría ir encaminada al fortalecimiento de las mismas, con el objetivo de prevenir y mitigar los diferentes desajustes y dificultades que se producen en el proceso de su desarrollo.

Esta idea se encuentra en sintonía con la actual concepción de salud, que no se centra en la ausencia de enfermedad sino en la vivencia de bienestar subjetivo en el que sus elementos positivos, por ejemplo las relaciones interpersonales significativas en la

adolescencia, adquieren un papel relevante (Oliva et al., 2010; Reina, Oliva y Parra, 2010).

En suma, los resultados hallados son interesantes porque revelan la valoración de los adolescentes en torno a las dificultades y capacidades, constatándose que, más allá de la existencia de las primeras, existe un alto porcentaje de adolescentes que refieren competencias de tipo prosocial, situándose en unos niveles altos de bienestar subjetivo. Todo ello, en sintonía con los hallazgos de otros estudios con adolescentes en España (Carpintero, López, Del Campo, Soriano y Lázaro, 2007; Casas, 2010; Casas et al., 2013), descarta la idea de que la adolescencia sea un periodo únicamente tormentoso, sino también de oportunidades.

b) Estudio de la prevalencia de capacidades y dificultades en función del género

Los resultados de esta investigación muestran que existen diferencias en la expresión de dificultades, medidas a través del SDQ, así como en las capacidades sociales entre hombres y mujeres. En concreto, las mujeres refieren un mayor número de dificultades de tipo emocional, mientras que los hombres obtienen puntuaciones superiores en problemas de tipo conductual y relacionados con la hiperactividad. Así mismo, las mujeres declaran, en mayor medida, competencias de tipo prosocial.

Estos resultados son convergentes con los de otros estudios realizados con el SDQ. Por ejemplo, Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch (2004), con una muestra de n=4167 adolescentes noruegos, revelaron unos datos semejantes a los hallados en este trabajo. De forma semejante, Yao et al., (2009) con una muestra de n=1135 adolescentes chinos han encontrado un mayor número de dificultades de tipo emocional en las mujeres, mientras que en los varones han detectado mayor número de síntomas conductuales y, a diferencia del presente trabajo, mayor número de problemas

en la relación con los compañeros. Por su parte, el estudio de Reinholdt-Dunne et al., (2011), con *n*=834 adolescentes daneses, reveló la existencia de mayores dificultades de tipo emocional entre las mujeres cuando se les comparó con los varones.

Además de los referidos, otros trabajos llevados a cabo con el SDQ, tanto en la versión autoinformada como de forma conjunta con la versión de padres y/o profesores, señalan la existencia de mayores dificultades de tipo emocional entre las mujeres (Armand, Keypour, Maracy y Attari, 2012; Giannakopoulos et al., 2009; Rothenberg, Becker, Erhart, Wille y Ravens-Sieberer, 2008; Svedin y Priebe, 2008; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas, 2010).

Diversas investigaciones también indican, de forma semejante a lo hallado en el presente estudio, la existencia de una mayor problemática de naturaleza externalizante entre los varones cuando se les compara con las mujeres (Muris, Meesters, Eijkelenboom y Vincken, 2004; Ruchkin, Koposov, Vermeiren y Schwab-Stone, 2012; Shoval et al., 2012; Ullah-Syed, Abdul-Hussein y Haidry, 2009; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas, 2010; van Widenfelt, Goedhart, Treffers y Goodman, 2003). Así mismo, un importante número de estudios ponen de manifiesto, en sintonía con resultados encontrados, que las mujeres tienen mayores competencias de tipo prosocial que los hombres (Becker et al., 2006; Capron, Therond y Duyme, 2007; Keskin y Çam, 2010; Muris, Meesters, Eijkelenboom y Vincken, 2004; Muris, Meesters y van den Berg, 2003).

De forma general, la mayoría de investigaciones corroboran los resultados obtenidos respecto a la mayor presencia de dificultades de tipo internalizante, tales como problemas emocionales, en las mujeres, y una mayor problemática de tipo externalizante, con dificultades de tipo conductual y relacionadas con la hiperactividad, entre los hombres. No obstante, es preciso mencionar que otros estudios revelan

resultados que difieren de ellos, como es el caso del llevado a cabo en Finlandia por Koskelainen Sourander y Vauras (2001), con *n*= 1458 adolescentes de entre 13-17 años, que postuló mayores niveles de dificultades totales y de problemas relacionados con la hiperactividad en las mujeres. Más recientemente, Reinholdt-Dunne et al., (2011), con *n*= 834 adolescentes de entre 12-14 años en Dinamarca, sólo encontraron unos niveles superiores de problemas emocionales entre las mujeres, siendo los resultados para el resto de problemas, así como para las conductas prosociales, iguales entre hombres y mujeres.

La adolescencia es una etapa del desarrollo en el cual se suceden una serie de cambios de naturaleza biopsicosocial que inciden en la adaptación y ajuste de la persona al medio y, por lo tanto, en su bienestar psicológico. Los cambios de naturaleza física en las mujeres, entre los que se incluyen los diferentes cambios hormonales, pueden generar sentimientos de inseguridad, siendo posible observar durante la adolescencia una mayor tendencia entre las chicas hacia conductas de tipo introspectivo asociadas a miedos y preocupaciones relativas tanto a su imagen física como a su integración y aceptación en el grupo social (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves y Costello, 2002; Moffitt, Caspi, Rutter y Silva, 2001). Todo ello incide en la existencia de dificultades internalizantes, destacando las de tipo emocional emocional, entre ellas.

Igualmente, es necesario tener en cuenta el papel del contexto en la expresión diferencial de este tipo de dificultades emocionales. Las construcciones sociales y roles asociados a cada género podrían estar generando una especie de profecía autocumplida según la cual la expresión de emociones relacionadas con debilidad, inseguridad y/o miedos es más propio de las chicas (Romer y Hennessy, 2007b). Mientras, la expresión de este tipo de emociones entre los chicos está peor aceptada, dando lugar a que éstos indiquen menos dificultades de este tipo. Así mismo, y de forma semejante a lo

postulado anteriormente, es necesario tener en cuenta los constructos culturales y sociales asociados al género masculino, que reafirman la idea de que es más propio de los chicos asumir riesgos o expresar agresividad y, de igual manera, que este tipo de conductas no son propias de las chicas, siendo esto un posible factor que incida en las diferencias encontradas en la manifestación de dificultades de tipo conductual entre hombres y mujeres (Romer y Hennessy, 2007a; Spear, 2007; Steinberg, 2013).

Por otro lado, los resultados reflejan una mayor competencia social en las chicas, lo cual nuevamente se encuentra en sintonía tanto con las formulaciones teóricas que explican las manifestaciones conductuales diferenciales en chicos y chicas desde una óptica más biológica (Kays, Hurley y Taber, 2012; Spear, 2010), como con las que hipotetizan que las construcciones sociales y culturales asociadas al género femenino promueven en mayor medida la tendencia a la asociación y al establecimiento de relaciones positivas de apoyo con los iguales durante esta etapa (Romer y Hennessy, 2007a). Precisamente esta diferencia en las competencias prosociales a favor de las chicas confluye con la idea de que el establecimiento de relaciones sociales apropiadas, los vínculos sociales y el contacto social tienen un importante papel en la disminución y cese de conductas de tipo externalizantes (Giordano, Manning y Longmore, 2005; Kim, Riser y Deater-Deckard, 2011), dado que precisamente las chicas muestran un menor número de dificultades externalizantes.

c) Estudio de la prevalencia de capacidades y dificultades en función de la edad

Los resultados revelan que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias en función de la edad a lo largo de la adolescencia, ni en la presentación de dificultades, ni en lo referente a las competencias prosociales medidas con el SDQ.

Otros estudios al respecto ofrecen resultados dispares. Mientras algunos de ellos no hallan diferencias en función de la edad de los participantes (Prior, Virasinghe y Smart, 2005), otros revelan mayores dificultades en el inicio de la adolescencia (Armand, Keypour, Maracy y Attari, 2012; Liu et al., 2013; Muris, Meesters y van den Berg, 2003; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas, 2006; van Widenfelt, Goedhart, Treffers y Goodman, 2003), o al final de ella (Becker, Hagenberg, Roessner, Woerner y Rothenberg, 2004; Giannakopoulos et al., 2009; Keskin y Çam, 2010).

Por ejemplo, el estudio de Prior, Virasinghe y Smart (2005) con *n*=1809 adolescentes en Sri Lanka no detectó diferencias en la expresión de dificultades en relación con la edad. En cambio, la investigación de Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas (2006), con *n*=29631 adolescentes noruegos, reveló la existencia de mayores dificultades de tipo conductual y en la relación con los compañeros en edades inferiores. De forma similar, Armand et al., (2012), en su estudio con *n*=2000 niños y adolescentes iraníes de 6-18 años, reveló que los problemas de hiperactividad y las dificultades totales resultan superiores en personas de menor edad. Sin embargo, Giannakopoulos et al., (2009), con *n*=1197 adolescentes griegos, encontraron que el grupo de 15-17 años indicó un mayor número de dificultades de tipo conductual y de hiperactividad, respecto al grupo de 11-14 años. Por otro lado, otros trabajos como el llevado a cabo en Noruega por Lien, Green, Welander-Vatn y Bjertness (2009), con una muestra de *n*=3790, encontraron mayores niveles de problemas internalizantes en participantes de mayor edad, mientras que los problemas externalizantes resultaron superiores en personas de menor edad.

Consecuentemente, no es posible concluir la relación entre la edad y las dificultades en el ajuste emocional y comportamental del adolescente, medido mediante el SDQ. La teoría postula que los diferentes cambios de naturaleza hormonal y física

que suceden en la adolescencia son anteriores en el tiempo a la maduración cortical y consecuente adquisición de competencias cognitivas de autorregulación, generando una especie de salto o disincronía durante los primeros años de la adolescencia (Kays, Hurley y Taber, 2012; Worthman, 2011). Esta disincronía se ve compensada y superada con la entrada en la adolescencia media en torno a los 16 años y de forma más acusada en la adolescencia final, en donde existe una mayor capacidad de gestión de problemas, regulación y control de conductas, fruto de la maduración cortical consecuente. Por ello, se hipotetiza la existencia de un menor número de dificultades a partir de estas edades en comparación con los primeros años (Copeland, Shanahan, Costello y Angold, 2009; Costello, Copeland y Angold, 2011).

Por otro lado, si se atiende a la presentación de capacidades de tipo prosocial, los resultados encontrados tampoco son concluyentes en cuanto a su relación con la edad, no habiéndose hallado una relación directa entre la mayor o menor capacidad prosocial y la edad. Los estudios previos revisados son igualmente inciertos. Así, mientras que algunos encuentran mayores capacidades prosociales en edades inferiores (Keskin y Çam, 2010), otros revelan precisamente lo contrario (Becker, Hagenberg, Roessner, Woerner y Rothenberg, 2004; Rothenberg, Becker, Erhart, Wille y Ravens-Sieberer, 2008; Yao et al., 2009), y otros no encuentran diferencias (Giannakopoulos et al., 2009; Liu et al., 2013). No obstante, las puntuaciones obtenidas en conductas prosociales son altas a lo largo de todas las edades. Esto refuerza la idea de que con la entrada en la adolescencia, los adolescentes se vuelven más confidentes con el grupo de pares y comienza un proceso de individuación y distanciamiento del grupo familiar (Salmera-Aro, 2011).

En relación con esto, resulta importante recordar el importante papel de las relaciones sociales en el logro y mantenimiento del bienestar durante la adolescencia, dado que el mismo se relaciona de forma directa con el apoyo social y el establecimiento de relaciones interpersonales significativas con el grupo de iguales que adquieren en esta etapa un papel relevante (Valkenburg, Peter y Schouten, 2006).

d) Análisis de la interacción entre el género y la edad en la expresión de capacidades y síntomas emocionales y comportamentales

Si se atiende a la interacción entre el género y la edad, los resultados de otros estudios (Armand, Keypour, Maracy y Attari, 2012; Du, Kou y Coghill, 2008; Giannakopoulos et al., 2009; Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch, 2004; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas, 2006) y los encontrados en el presente trabajo no resultan concluyentes. Por ejemplo, Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas (2006), con adolescentes de entre 11-19 años, detectaron que entre las mujeres los niveles de dificultades totales aumentan con la edad, observándose una tendencia inversa en el caso de los hombres.

En concreto, los resultados muestran diferencias significativas de forma global si se tiene en cuenta la interacción del género y la edad en la presentación de dificultades y capacidades a lo largo de la adolescencia. No obstante, el nivel de la significación resulta escaso y, de forma específica, al igual que lo reportado en estudios previos (Prior, Virasinghe y Smart, 2005), ninguna subescala alcanza significación estadística, si bien se encuentra muy cercano en las subescalas *Prosocial* e *Hiperactividad*.

Algunos estudios revisados ponen de manifiesto que la presentación de dificultades varía de forma diferente en función del género a lo largo de la adolescencia. Así por ejemplo, Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas (2006), con casi 30000

adolescentes de entre 11-19 años, encontraron que los niveles de dificultades totales aumentan con la edad en el caso de las mujeres mientras que en los hombres siguen la tendencia contraria. En el mismo sentido, Rønning, Helge Handegaard, Sourander y Mørch (2004) hallaron mayores niveles de conducta prosocial en edades superiores, pero únicamente en el caso de los hombres. En Grecia, Giannakopoulos et al., (2009) descubrieron unos niveles superiores de problemas emocionales y capacidades prosociales conforme aumenta la edad en las mujeres. Resultados similares fueron reportados por Du, Kou y Coghill (2008), con adolescentes chinos. Igualmente, Armand, Keypour, Maracy y Attari (2012) encontraron en Irán más problemas emocionales en las mujeres con el paso de la edad y menores problemas de relación.

Sin embargo, d'Acremont y Van der Linden (2008) revelaron que las adolescentes suizas muestran mayores niveles de problemas emocionales con la edad y, a su vez, unos niveles más bajos de conductas prosociales, lo cual difiere de los estudios anteriores.

En el presente trabajo, las dificultades relacionadas con la hiperactividad se mantienen estables en los hombres durante toda la etapa mientras que en las mujeres aumentan hasta los 16 años y descienden a partir de ese momento. Si se atiende a las capacidades prosociales, se mantienen estables en el caso de las mujeres, observándose un aumento de las mismas en el caso de los hombres conforme aumenta la edad. No obstante, conviene recalcar que las diferencias en estas dos subescalas se encuentran cercanas a la significación pero no alcanzan los valores necesarios para que sean diferencias estadísticamente significativas.

e) Examen de la distribución de las capacidades y dificultades en una muestra de adolescentes españoles en función del género y la edad

Los puntos de corte tanto para la muestra total como para hombres y mujeres, así como para los diferentes grupos de edad por separado, son bastante similares. El estudio de la distribución de percentiles en los diferentes grupos de edad y en ambos géneros, permite constatar que los adolescentes muestran un alto porcentaje de capacidades prosociales, con altas puntuaciones en estos grupos. Igualmente, se comprueba que un alto porcentaje se ubica en puntuaciones bajas en relación con las diferentes dificultades analizadas. Otros estudios al respecto (Goodman y Goodman, 2011; Goodman, Renfrew y Mullick, 2000; Heiervang et al., 2007) han posibilitado establecer y comparar las puntuaciones de corte de diferentes poblaciones. Dado que en el presente trabajo, a diferencia de los mencionados, se ha optado por una escala tipo *Likert* con cinco opciones de respuesta, no es posible comparar los resultados obtenidos con estas investigaciones.

El empleo del SDQ dentro del contexto escolar puede establecer de forma no sesgada la salud psicológica de los adolescentes (Goodman y Goodman, 2011), siendo un instrumento de gran valía para la posible articulación de planes de intervención por sectores de población. Las dificultades encontradas mediante el SDQ han sido asociadas con problemas en el ajuste en niños y adolescentes (Goodman, Ford, Simmons, Gatward y Meltzer, 2000; Heiervang et al., 2007), resaltando la importancia de la detección con estos grupos de la población. Más aún, si se tiene presente la relación entre el ajuste socioemocional y aspectos como el rendimiento y la adquisición de competencias en el ámbito escolar (Fernández, Carranza y Ato, 2012).

2. Limitaciones del estudio y prospectiva de investigación futura

Como parte final del proceso de investigación, se hace necesario reflexionar sobre las posibles limitaciones y dificultades encontradas durante el trabajo que pueden haber condicionado los resultados y conclusiones obtenidas.

En primer lugar, debido al tipo de instrumento utilizado, existe la problemática inherente a la aplicación de cualquier tipo de autoinforme, ampliamente conocida, en cuanto a las limitaciones que implica (Fernández-Ballesteros, 2004). Entre ellas, destaca una menor capacidad de los adolescentes para informar de sus propias conductas, así como la posibilidad de que falseen las respuestas. A pesar de que se ha utilizado una medida adicional de infrecuencia de respuesta para tratar de asegurar la veracidad de las respuestas, la utilización de otras medidas externas como heteroinformes por parte de los padres o de los tutores, o la administración de una entrevista estructurada hubiesen aumentado la potencia del estudio, si bien esto también hubiese supuesto un incremento en tiempo y coste. El empleo de heteroinformes hubiera posibilitado comparar la valoración de los adolescentes con la de otras figuras relevantes como padres y profesores, dado que potenciales divergencias entre unos y otros podrían dar pistas sobre el establecimiento y mantenimiento de las dificultades y serían un posible objeto de intervención con padres y profesores. Así mismo, y desde una perspectiva ecológica, la utilización de metodología observacional de campo hubiera posibilitado la captación de la conducta de los adolescentes en su entorno natural.

En segundo lugar, podría haber sido interesante estudiar la relación de las diferentes dificultades y capacidades con variables del ámbito familiar que permitieran el establecimiento de factores que actúan como protectores ante las dificultades o de aquellos que potencian las capacidades. Así por ejemplo, hubiera sido relevante estudiar variables como la composición familiar en cuanto a número de hermanos, posición que

ocupa el adolescente entre los hermanos, el hecho de que los padres se encuentren o no separados, situación laboral o nivel socioeconómico familiar, entre otras. La constatación de los mismos, puede suponer una mayor capacidad a la hora de comprender las situaciones de ajuste y desajuste en esta etapa y, a su vez, poder anticipar la expresión de estas dificultades y/o capacidades.

En tercer lugar, en el presente estudio no se han recogido variables relacionadas con el ajuste y rendimiento de los adolescentes en el ámbito escolar que, como se ha referido en el capítulo primero, resulta de especial trascendencia en esta etapa. El estudio de aspectos como el rendimiento escolar, la satisfacción experimentada en el colegio o el absentismo escolar, entre otras, hubiera permitido establecer una idea más clara de la incidencia de las diferentes dificultades y capacidades en el ámbito académico.

Así mismo, y dada la composición de la muestra estudiada, hubiera sido relevante atender a otras variables que pudieran incidir en la presentación de las dificultades y capacidades más allá del género y la edad. En este sentido, aspectos como la nacionalidad de los estudiantes, la raza, la tipología de centro o incluso su ubicación, posibilitarían articular diferentes propuestas de mejora más específicas partiendo del conocimiento de las mismas.

Finalmente, y a pesar de tener una muestra representativa de n= 1474 adolescentes, el estudio está focalizado en una región concreta del territorio nacional. Dadas las peculiaridades, diversidad y pluralidad del país, es necesario ser cauto a la hora de extrapolar los resultados encontrados al resto del territorio nacional.

Teniendo presente el interés por el bienestar y el ajuste psicológico del adolescente dentro del contexto educativo, se proponen a continuación las siguientes líneas de investigación que pueden optimizar los resultados obtenidos.

En primer lugar, sería interesante la obtención de información de fuentes externas a los adolescentes como padres y para profesores. En este sentido la inclusión de técnicas de observación así como pruebas individualizas como las entrevistas, podría dar una información más precisa y fiable en el estudio de poblaciones adolescentes.

En segundo lugar, el estudio de las diferentes dificultades y capacidades en el ajuste de los adolescentes podría relacionarse con otras variables como el rendimiento académico, el nivel socioeconómico, los estilos cognitivos, variables de índole familiar anteriormente comentadas, así como con otro tipo de variables de naturaleza psicológica como el estrés, la depresión o el bienestar entre otras.

En tercer lugar, futuros estudios de diseño longitudinal podrían apresar el desarrollo de las dificultades y capacidades y su impacto en el ajuste y bienestar del adolescente. Ello permitiría determinar los niveles de sensibilidad y especificidad de las puntuaciones del SDQ y su utilidad como instrumento de cribado en adolescentes españoles. Asimismo, y en sintonía con los relevantes avances que se han producido en el campo de la genética, la neuroimagen y la neuropsicología, futuros estudios deberían contemplar una evaluación más holística en la cual se incluyan entrevistas estructuradas, evaluación del entorno y variables contextuales, diferentes autoinformes como el SDQ con técnicas de neuroimagen y pruebas neuropsicológicas (por ejemplo, funciones ejecutivas prefrontales, atención sostenida, memoria de trabajo, etc.). La incorporación de este conjunto de medidas y el estudio de las posibles relaciones que se establecen entre los diferentes niveles de análisis, tal vez posibiliten el establecimiento de

relaciones causales, así como el establecimiento de marcadores de riesgo o vulnerabilidad.

Con todo ello, se podrían mejorar las estrategias de detección, identificación y prevención con la finalidad de optimizar la capacidad de ajuste del adolescente y el bienestar de los adolescentes en esta etapa.

En cuarto lugar, el estudio de las relaciones entre los problemas en el desajuste y el rendimiento y satisfacción de los adolescentes en los centros escolares puede ayudar a comprender la relevancia de la detección de este tipo de dificultades a la hora de abordar el funcionamiento integral de la persona en su contexto.

En relación con ello, otras investigaciones pueden abordar la detección de dificultades y capacidades de naturaleza psicológica en adolescentes con la intención de obtener registros individuales, tratando de relacionar los mismos con la adaptación en los diferentes entornos posibles en los cuales se ubica el adolescente con el fin de apresar de una forma más global su adaptación y bienestar. De esta manera, será posible articular una intervención específica, individualizada y ajustada con vistas a poder mejorar la salud y bienestar de los adolescentes.

V. REFERENCIAS

Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric syntoms: A factor-analitic study. *Psychological Monograhs, 80*, 1-37.

Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checlist 4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Youth Self -Report and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.

Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families: Burlington, VT.

Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles.* Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.

Aldgate, J. (2006). *The developing world of the child*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Almaqrami, M. H., y Shuwail, A. Y. (2004). Validity of the self-report version of the strengths and difficulties questionnaire in Yemen. *Saudi Medical Journal, 25*(5), 592-601.

Alsaker, F. D., y Vilén, U. L. (2010). El bullying en la edad preescolar [Bullying in preschool children]. En R. Ortega (Ed.), *Agresividad injustificada, bullying y violencia escolar* (pp. 129-164). Madrid: Alianza Editorial.

Alvarado, B., Zunzunegui, M., Béland, F., y Bamvita, J. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *Journals of Gerontology: Medical Sciences, 63*, 1399-1406.

Allen, J. P., Marsh, P., Mcfarland, C., Mcelhaney, K. B., Land, D. J., Jodl, K. M., y Peck, S. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 55-66.

Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G. P., y Jodl, K. M. (2004). Stability and change in attachment security across adolescence. *Child Development, 75*(6), 1792-1805.

Allen, J. P., McElhaney, K. B., Land, D. J., Kuperminc, G. P., Moore, C. M., y O'Beirne-Kelley, H. (2003). A secure base in adolescence: Markers of attachment security in the mother-adolescent relationship. *Child Development, 74*, 292-307.

Anderson, V. A., Anderson, V. A., Northam, E., Jacobs, R., y Catroppa, C. (2001). Development of executive functions through late childhood and adolescence in an Australian sample. *Developmental Neuropsychology, 20*, 385-406.

Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., y Costello, E. J. (2002). Depression scale scores in 8-17-year-olds: effects of age and gender. *Journal Child and Psychology Psychiatry, 43*, 1052-1063.

Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E. M. Z., Costello, E. J., y Burns, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health, 88*, 75-80.

Antona, A. B., y Alaez, M. (2003). Adolescencia y Salud. *Papeles del Psicólogo, 84*, 45-53.

Archibald, A. B., Graber, J. A., y Brooks-Gunn, J. (2003). Pubertal processes and physiological growth in adolescence. En G. R. Adams y M. Berzonsky (Eds.), *Handbook on Adolescence* (pp. 24-47). Malden MA: Blackwell.

Ariés, P. (1962). *Centuries of childhood*. Nueva York: Random House.

Ariés, P., y Dubi, G. (2000). *Historia de la vida privada*. Madrid: Taurus.

Armand, S., Amel, A. K., y Maracy, M. R. (2013). Comparison of parent adolescent scores on Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of Research in Medical Science, 18*(6), 501-505.

Armand, S., Keypour, M., Maracy, M. R., y Attari, A. (2012). Epidemiological Study of Youth Mental Health Using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Iranian Red Crescent Medical Journal, 14*(6), 371-375.

Arslan, C. (2009). Anger, self-esteem, and perceived social support in adolescence. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 37*, 555-564.

Aunola, K., Stattin, K., y Nurmi, J. E. (2000). Parenting styles and adolescents' achievement strategies. *Journal of Adolescence, 23*, 205-222.

Barker, E. T., y Galambos, N. L. (2007). Body dissatisfaction, living away from parents, and poor social adjustment predict binge eating symptoms in young women making the transition to university. *Journal of Youth and Adolescence, 36*, 904-911.

Beaman, P., Reyes, S., García, C., y Cortés, A. (2004). Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. En O. Muñoz, C. García y L. Durán (Eds.), *La salud del adulto mayor* (pp. 117-138). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, N., Woerner, W., y Rothenberg, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(2), 17-24.

Becker, A., Steinhausen, H.-C., Baldursson, G., Dalsgaard, S., Lorenzo, M. J., Ralston, S. J., Döpfner, M., y Rothenberger, A. (2006). Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15(suppl. 1)*, 56-62.

Beilin, H. (1992). Piaget's enduring contribution to developmental psychology. *Developmental Psychology, 28*, 191-204.

Belfer, M. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49* (3), 226-236.

Berk, L. E. (2000). *Desarrollo del niño y del adolescente* (4 ed.). Madrid: Prentice Hall.

Berzonsky, M. D. (2011). Identity Processes. En R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 1363-1369). Springer: New York.

Blakemore, S., y Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: Implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 296-312.

Blakemore, S., y Frith, U. (2007). *Cómo aprende el cerebro*. Barcelona: Ariel.

Blanco, A., Sastre, S., y Escolano, E. (2010). Desarrollo ejecutivo temprano y Teoría de la Generalizabilidad: bebés típicos y prematuros. *Psicothema, 22*(2), 221-226.

Blanchard, L. T., Gurka, M. J., y Blackman, J. A. (2006). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics, 117*, 1202-1212.

Bones, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. (2010). 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, 22*, 389-395.

Bourdon, K. H., Goodman, R., Rae, D. S., Simpson, G., y Koretz, D. S. (2005). The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. Normative Data and Psychometric Properties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(6), 557-564.

Brehmer, Y., Westerberg, H., y Bäckman, L. (2012). Working-memory training in younger al older adults: traning gains, transfer, and maintenance. *Frontiers of Human Neuroscience, 6*, 1-7.

Bronfenbrenner, U. (2002). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: Guilford Press.

Buela-Casal, G., y Sierra, J. C. (2009). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Bunge, S. A., y Crone, E. A. (2009). Neural correlates of the development of cognitive control. En J. Rumsey y M. Ernst (Eds.), *Neuroimaging in Developmental Clinical Neuroscience*. EUA: Cambridge University Press.

Byrne, B. M. (2008). Testing for multigroup equivalence of a measuring instrument: A walk through the process. *Psicothema, 20*, 872-882.

Byrne, B. M., Shavelson, R. J., y Muthén, B. (1989). Testing for the equivalence of factor covariance and mean structures: The issue of partial measurement invariance. *Psychological Bulletin, 105*, 456-466.

Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Caballo, V. E., Salazar, I. C., y Carrobles, J. A. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Cala, M. J., y de la Mata, M. (2006). Escenarios de actividad e identificación de género. En M. A. Rebollo (Ed.), *Género e Interculturalidad: educar para la igualdad* (pp. 245-266). Madrid: La Muralla.

Capron, C., Therond, C., y Duyme, M. (2007). Psychometric Properties of the French Version of the Self-Report and Teacher Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Journal of Psychological Assessment, 23*(2), 79-88.

Carpintero, E., López, F., Del Campo, A., Soriano, S., y Lázaro, S. (2007). El bienestar personal y social de los adolescentes y la prevención del malestar y la violencia: Presentación y validación de un programa educativo. *Revista de Investigación en Psicología, 10*(1), 29-41.

Carroll, A., Houghton, S., Durkin, K., y Hattie, J. (2009). *Adolescent reputations and risk: Developmental trajectories to delinquency*. New York: Springer.

Casas, F. (2010). El bienestar personal: Su investigación en la infancia y la adolescencia. *Encuentro en Psicología, 5*(1), 85-101.

Casas, F., Fernández-Aratamendi, S., Montserrat, C., Bravo, A., Bertrán, I., y del Valle, J. F. (2013). El bienestar subjetivo en la adolescencia: Estudio comparativo de dos Comunidades Autónomas en España. *Anales de Psicología, 29*(1), 148-158.

Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence*. Boucherville (Québec): G. Morin.

Cohen, P. (2008). Child development and personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 477-493.

Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., y Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*, 466-486.

Cole, M., Cole, S. R., y Lightfoot, C. (2005). *The development of Children*. New York: Worth Publishers.

Coleman, J. C., y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.

Colom, R., Rubio, V. J., Shih, P. C., y Santacreu, J. (2006). Fluid intelligence and executive functioning. *Psicothema, 18*(4), 816-821.

Conley, K. M., y Lehman, B. J. (2012). Test anxiety and cardiovascular responses to daily academic stressors. *Stress and Health, 28*, 41-50.

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.

Costello, E. J., Copeland, W., y Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal Of Child Psychology & Psychiatry, 52*(10), 1015-1025.

Costello, E. J., Egger, H., y Angold, A. (2005). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(10), 972-986.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*, 837-844.

Cummings, J. A., Harrison, P. L., Dawson, M. N., Short, R. J., Gorin, S., y Palomares, R. S. (2004). The 2002 conference on the future of school psychology: Implications for consultation, intervention, and prevention ervices. . *Journal of Educational and Psychological Consultation, 15*, 239-256.

Chango, J., McElhaney, K., y Allen, J. P. (2009). Attachment organization and patterns of conflict resolution in friendships predicting adolescents' depressive symptoms over time. *Attachment & Human Development, 11*(4), 331-346.

Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling, 14*, 464–504.

Cheung, G. W., y Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling, 9*, 233-255.

d'Acremont, M., y Van der Linden, M. (2008). Questionnaire in a Community Sample of French-Speaking Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment, 24*(1), 1-8.

Delval, J. (1989). La representación infantil del mundo social. En E. T. Enesco y J. Linaza (Eds.), *El mundo social en la mente infantil* (pp. 245-348). Madrid: Alianza Editorial.

Delval, J. (1994). Stages in the child's construction of social knowledge. En M. Carretero y J. F. Voss (Eds.), *Cognitive and instructional processes in history and the social sciences* (pp. 77-102). Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum.

DeRose, L. M., y Brooks-Gunn, J. (2005). Transition into adolescence: The role of pubertal processes. En L. Balter y C. S. Tamis-LeMonda (Eds.), *Child Psychology: A Handbook of Contemporary Issues* (2 ed., pp. 385-414). New York, NY: Psychology Press, Taylor y Francis Group.

Di Riso, D., Salcuni, S., Chessa, D., Raudino, A., Lis, A., y Altoè, G. (2010). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Early evidence of its reliability and validity in a community sample of Italian children. *Personality and Individual Differences, 49*, 570-575.

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual review of psychology, 64*, 135-168.

Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., y Valle, C. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18*, 572-577.

Dickey, W. C., y Blumberg, S. J. (2004). Revisiting the Factor Structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire: United States, 2001. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry, 43*(9), 1159-1167.

Diener, E. (2000). Subjective well - being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*, 34-43.

Domino, M. E., Burns, B. J., Mario, J., Reinecke, M. A., Vitiello, B., Weller, E. B., Kratochvil, C. J., May, D. E., Feeny, N. C., Robins, M., Hallin, M. J., Silva, S. G., y March, J. S. (2009). Service use and costs of care for depressed adolescents: who uses and who pays? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38*, 826-836.

Donellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., y Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science, 16*, 328-335.

Drabick, D. A., y Kendall, P. C. (2010). Developmental psychopathology and the diagnosis of mental health problems among youth. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 272-280.

Du, Y., Kou, J., y Coghill, D. (2008). The validity, reliability and normative scores for the parent, teacher and self report versions of the strengths and Difficulties Questionnaire in China. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2*, 8.

Durston, S., Davidson, M. C., Tottenham, N. T., Galvan, A., Spicer, J., Fossella, J. A., y Casey, B. J. (2006). A shift from diffuse to focal cortical activity with development. *Developmental Science, 9*, 1-8.

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., y Morris, A. S. (2013). Prosocial development. En P. Zelazo (Ed.), *Oxford Handbook of Developmental Psychology*. New York: Oxford University Press.

Elkind, D. (1984). *All grown up and no place to go*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.

Erikson, E. H. (1977). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.

Erol, N., Simsek, Z., Oner, O., y Munir, K. (2005). Behavioral and Emotional Problems Among Turkish Children at Ages 2 to 3 Years. *Journal of the American Academic of Child and Adolescence Psychiatry, 44*(1), 80-87.

Eshel, N., Nelson, E. E., Blair, R. J., Pine, D. S., y Ernst, M. (2007). Neural substrates of choice selection in adults and adolescents: Development of the ventrolateral prefrontal and anterior cingulated cortices. *Neuropsychologia, 45*, 1270-1279.

Essau, C. A., Olaya, B., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Pauli, G., Gilvarry, C., Bray, D., O'Callaghan, J., y Ollendick, T. H. (2012). Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries. *International Journal of Methods in Psychiatry Research, 21*(3), 232-245.

Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.

Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., Penelo, E., y Doménech, J. M. (2012). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire in 3-year-old preschoolers. *Comprehensive Psychiatry, 54*(3), 282-291.

Fasick, F. A. (1994). On the "invention" of adolescence. *Journal of Adolescent Research, 14*, 6-23.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.

Fernández, M. A., Carranza, J. A., y Ato, M. (2012). Efecto del ajuste socioemocional en el rendimiento y las competencias académicas en el contexto escolar: Estudio comparativo. *Anales de Psicología, 28*(3), 892-903.

Ferrando, P. J., y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo, 31*(1), 18-33.

Fierro, A. (2005). La construcción de la identidad personal. En E. Martí y J. Onrubi (Eds.), *Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente* (pp. 74-94). Barcelona: ICE.

Fisher, J., y Corcoran, K. (2007). *Measures for clinical practice and research. Couples, families, and children* (Vol. 1). Oxford: University Press.

Flammer, A., y Alsaker, F. D. (2006). Adolescents in school. En S. Jackson y L. Goossens (Eds.), *Handbook of adolescent development: European perspectives* (pp. 223-245). Hove, UK: Psychology Press.

Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giraldez, S., Paino-Pineiro, M., Villazon-Garcia, U., y Muniz, J. (2010). Schizotypal traits, obsessive-compulsive symptoms, and social functioning in adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 51*(1), 71-77.

Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino-Pineiro, M., Villazón-García, U., y Muñiz, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief Form in adolescents. *Schizophrenia Research, 111*, 53-60.

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*, 316-321.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos Giraldez, S., y Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*(1), 15-25.

Ford, T., Goodman, R., y Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academic of Child and Adolescence Psychiatry, 42*(10), 1203-1211.

Ford, T., Hamilton, H., Meltzer, H., y Goodman, R. (2008). Predictors of service use for mental health problems among British school children. *Child and Adolescent Mental Health, 13*, 32-40.

Forns, M., Abad, J., y Kirchner, T. (2011). Internalizing and Externalizing Problems. En R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 1464-1469). Springer: New York.

Galambos, N. L., y Krahn, H. J. (2008). Depression and anger trajectories during the transition to adulthood. *Journal of Marriage and the Family, 70*, 15-27.

Garaigordobil, M., y Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta, 32*, 37-64.

García, P., Goodman, R., Mazaira, J., Torres, A., Rodríguez-Sacristán, J., Hervas, A., y Fuentes, J. (2000). El cuestionario de Capacidades y Dificultades [The Strengths and Difficulties Questionnaire]. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1*, 12-17.

García, V., y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral, , 16*, 586-592.

Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V., y Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry, 8*, 20.

Giannotta, F., Ortega, E., y Stattin, H. (2012). An attachment parenting intervention to prevent adolescents' problem behaviors: A pilot study in Italy [Electronic Version]. *Child and Youth Care Forum*. Recuperado el 20/12/2013.

Giedd, J. N. (2008). The teen brain: Insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health, 42*, 335-343.

Gilbert, S. J., y Burgess, P. W. (2008). Executive function. *Current Biology, 18*, 110-114.

Giordano, P., Manning, W., y Longmore, M. (2005). The Romantic Relationships of African American and White Adolescents. *Sociological Quarterly, 46*, 545-568.

Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, C., Nugent, T. F., Herman, D. H., Classen, L., Toga, A. W., Rapoport, J. L., y Thompson, P. M. (2004). Dynamic Mapping of Human Cortical Development during Childhood Through Early Adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA, 101*, 8174-8179.

Goldberg, E. (2001). *The executive brain: Frontal lobes and the civilized mind*. Nueva York: Oxford University Press.

Gomez, R. (2012). Correlated Trait–Correlated Method Minus One Analysis of the Convergent and Discriminant Validities of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Assesment, 20*(2), 15-29.

Goodman, A., y Goodman, R. (2011). Population mean scores predict child mental disorder rates: validating SDQ prevalence estimators in Britain. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(1), 100-108.

Goodman, A., Lamping, D. L., y Ploubidis, G. B. (2010). When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 1179-1191.

Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter Parent Questionnaire including extra items on children's strengths: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 1483-1494.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(5), 581-586.

Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academic of Child and Adolescence Psychiatry, 40*(11), 1337-1345.

Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., y Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry, 177*, 534-539.

Goodman, R., Meltzer, H., y Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*, 125-130.

Goodman, R., Renfrew, D., y Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child & Adolescent Psychiatry, 9*, 129-134.

Grossmann, T., Gliga, T., Johnson, M. H., y Mareschal, D. (2009). The neural basis of perceptual category learning in human infants. *The Journal of Cognitive Neuroscience, 21*, 2276-2286.

Halpern-Meekin, S. C., Manning, W. D., Giordano, P. C., y Longmore, M. A. (2013). Relationship Churning in Emerging Adulthood: On/Of Relationships and Sex with an Ex. *Journal of Adolescent Research, 28*(2), 166-188.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime and Religion*. Nueva York: Appleton.

Harden, K. P., y Tucker-Drob, E. M. (2011). Individual differences in the development of sensation seeking and impulsivity during adolescence: further evidence for a dual systems model. *Development and Psychopathology, 47*, 739-746.

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica, 126*, 63-77.

Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.

Harter, S. (2011). Self Development During Adolescence. En B. B. Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 307-315). Oxford: Elsevier.

Hartsoeker, N. (1694). *Essai de dioptrique*. París.

Haydée, L., y Ramón, U. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, XII*, 83-96.

He, J. P., Burstein, M., Schmitz, A., y Merikangas, K. R. (2013). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): the Factor Structure and Scale Validation in U.S. Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(4), 583-595.

Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., Ullebo, A. M., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A., y Gillberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of

Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academic of Child and Adolescence Psychiatry, 46*(4), 438-447.

Hicks, J., Epperly, L., y Barnes, K. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles, 45*, 15-30.

Hilt, L., Hanson, J., y Pollak, S. D. (2011). Emotion Dysregulation. En B. B. Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 3, pp. 160-170). Oxford: Elsevier.

Hill, C. R., y Hughes, J. N. (2007). An Examination of the Convergent and Discriminant Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *School Psychology Quarterly, 22*(3), 380-406.

Hoagwood, K., y Johnson, J. (2003). A public health framework: I. From evidence-based practices to evidence-based policies. *Journal of School Psychology, 41*, 3-22.

Huttenlocher, P. R., y Dabholkar, A. S. (1997). Region Synoptogenesis in human cerebral cortex. *Journal of Comparative Neurology, 387*, 167-178.

Inhelder, B., y Piaget, J. (1955). *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescence*. Paris: P.U.F. (Edición en castellano: De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Buenos Aires: Paidós, 1972).

Institute of Medicine. (2001). *Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.

Karmiloff-Smith, A. (1992). *Beyond modularity: A developmental aproach to cognitive science.* Cambridge, MA: MIT Press.

Karmiloff-Smith, A. (1998). Development itself is the key to understanding developmental disorders. *Trends in Cognitive Sciences, 2*, 389-398.

Karpov, Y. V. (2005). *The Neo-Vygtoskian Approach to Child Development*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kashala, E., Elgen, I., Sommerfelt, K., y Tylleskar, T. (2005). Teacher ratings of mental health among school children in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. . *European Child and Adolescent Psychiatry 14*(4), 208-215.

Kays, J. L., Hurley, R. A., y Taber, K. H. (2012). The dynamic brain: neuroplasticity and mental health. *Journal of Neurosychiatry and Clinical Neurosciences, 24*, 118-124.

Keskin, G., y Çam, O. (2010). Adolescents' strengths and difficulties: approach to attachment styles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*, 433-441.

Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., He, J. P., Koretz, D. S., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry, 69*(4), 372-380.

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., y Poulton, R. (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 709-717.

Kim, J., Riser, D., y Deater-Deckard, K. (2011). Emotional Development. En B. B. Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 135-141). Oxford: Elsevier.

Klein, D. N., Shankman, S. A., Lewinsohn, P. M., y Seeley, J. R. (2009). Subthreshold depressive disorder in adolescents: predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*, 703-710.

Knyazeva, G. G., Slobodskayaa, H. R., Safronovaa, M. V., Sorokinb, O. V., Goodmanc, R., y Wilsonc, G. D. (2003). Personality, psychopathology and brain oscillations. *Personality and Individual Differences, 35*, 1331-1349.

Koskelainen, M., Sourander, A., y Kaljonen, A. (2000). The Strenght and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9*(4), 277-284.

Koskelainen, M., Sourander, A., y Vauras, M. (2001). Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*, 180-185.

Kuhn, D. (2006). Do cognitive changes accompany developments in the adolescent brain? *Perspective Psychological Science, 1*, 59-67.

Lai, K. Y. C., Luk, E. S. L., Leung, P. W. L., Wong, A. S. Y., Law, L., y Ho, K. (2010). Validation of the Chinese version of the strengths and difficulties questionnaire in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*, 1179-1186.

Langer, J. (1986). *The origins of Logic. One to two years*. New York: Academic Press.

Langer, J. (1990). Early cognitive development: Basic functions. En C. C. Hauert (Ed.), *Developmental psychology: Cognitive, perceptuo-motor and neuropsychological perspectives* (pp. 19-42). Amsterdam: North Holland.

Lázaro, S. (2005). *Adaptación emocional y social de adolescentes en residencias de protección. (Tesis doctoral)*. Universidad de Salamanca Salamanca.

Lehman, B. J., y Conley, K. C. (2010). Momentary reports of social-evaluative threat predict ambulatory blood pressure. *Social Psychological and Personality Science, 1*, 51- 56.

Lehman, B. J., Taylor, S. E., Kiefe, C. I., y Seeman, T. E. (2009). Relationship of early life stress and psychological functioning to blood pressure in the CARDIA study. *Health Psychology, 28*, 338-346.

Lerner, R. M., Boyd, M. J., Kiely, M. K., Napolitano, C. M., Schmid, K. L., y Steinberg, L. (2011). The History of the Study of Adolescence. En B. B. Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 169-176). Oxford: Elsevier.

Levesque, R. (2011). Mental Health. En R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 1692-1693). Springer: New York.

Levitt, J. M., Saka, N., Romanelli, L. H., y Hoagwood, K. (2007). Early identification of mental health problems in schools: The status of instrumentation. *Journal of School Psychology, 45*, 163-191.

Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.

Lien, L., Green, K., Welander-Vatn, A., y Bjertness, E. (2009). Mental and somatic health complaints associated with school bullying between 10th and 12th grade students; results from cross sectional studies in Oslo, Norway. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 5*(6), 1-8.

Lightfoot, C., Cole, M., y Cole, S. R. (2009). *The development of children* (6 ed.). New York: Worth.

Liu, S.-K., Chien, Y.-L., Shang, C.-Y., Lin, C.-H., Liu, Y.-C., y Gau, S. S.-F. (2013). Psychometric Properties of the Chinese version of Strength and Difficulties Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry, 54*(6), 720-730.

Lorenzo-Seva, U., y Ferrando, F. J. (2006). Factor: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavioural Research Methods, 38*, 88-91.

Lozano, L. M., García-Cueto, E., y Muñiz, J. (2008). Effect of the number of response categories on the reliability and validity of rating scales. *Methodology, 4*, 73-79.

Luciana, M., Conklin, H. M., Hooper, C. J., y Yarger, R. S. (2005). The development of non-verbal working memory and executive control processes in adolescents. *Child Development, 76*(3), 697-712.

Luria, A. R. (1973). *The working brain: An introduction to neuropsychology*. New York: Basic Books.

Luthar, S., y Zelazo, L. (2003). Research on resilience: An integrative review. En S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510-549). New York: Cambridge University Press.

Magnusson, D., y Stattin, H. (2006). The person in context: A holistic-interactionistic approach. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6 ed., Vol. 1, pp. 400-464). Hoboken, NJ: Wiley.

Marcia, J. E. (2001). A Commentary on Seth Schwartz´s Review of Identity Theory and Research. *Identity, 1*, 59-65.

Marco, M., Benítez, R., Medranda, I., Pizarro, C., y Méndez, M. J. (2008). Variaciones fisiológicas normales del desarrollo puberal: edad de inicio, edad de la menarquia y talla. *Anales de Pediatría, 69*(2), 147-153.

Mareschal, D. (2011). From NEOconstructivism to NEUROconstructivism. *Child Development Perspectives, 5*(3), 169-170.

Mareschal, D., Johnson, M. H., Sirois, S., Spratling, M., Thomas, M., y Westermann, G. (2007). *Neuroconstuctivism: How the brain constructs cognition* (Vol. 1). Oxford, UK: Oxford University Press.

Markon, K. E., Chmielewski, M., y Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychological Bulletin, 137*, 856-879.

Marsh, H. W., Hau, K. T., y Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis testing approaches to setting cut-off values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling, 11*, 320-341.

Marsh, P., McFarland, F. C., Allen, J. P., McElhaney, K. B., y Land, D. J. (2003). Attachment, autonomy, and multifinality in adolescent internalizing and risky behavioral symptoms. *Development and Psychopathology, 15*(2), 451-467.

Martí, E. (2005). El pensamiento del adolescente. En E. Martí y J. Onrubia (Eds.), *Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente* (pp. 48-71). Barcelona: ICE.

Mash, E. J., y Wolfe, D. A. (2010). *Abnormal Child Psychology* (4 ed.). Belmont: Wadsworth.

Matsuishi, T., Nagano, M., Araki, Y., Tanaka, Y., Iwasaki, M., Yamashita, Y., Nagamitsu, S., Iizuka, C., Ohya, T., Shibuya, K., Hara, M., Matsuda, K., Tsuda, A., y Kakuma, T. (2008). Scale properties of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A study of infant and school children in community sample. *Brain & Development, 30*, 410-415.

Mazur, J., Tabak, I., y Kololo, H. T. (2007). Toward a better assessment of child and adolescent mental health status. Polish version of strengths and difficulties questionnaire. *Developmental Period Medicine, 11*(1), 13-24.

McElhaney, K. B., Immele, A., Smith, F. D., y Allen, J. P. (2006). Attachment organization as a moderator of the link between peer relationships and adolescent delinquency. *Attachment & Human Development, 8*, 33-46.

McMunn, A. M., Nazroo, J. Y., Marmot, M. G., Boreham, R., y Goodman, R. (2001). Children's emotional and behavioural well-being and the family environment: findings from the Health Survey for England. *Social Science & Medicine, 53*, 423-440.

Mead, M. (1949). *Coming of age in Samoa*. New York: Mentor Book, New American Library.

Mellor, D. (2004). Furthering the Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Reliability With Younger Child Respondents. *Psychological Assessment, 16*(4), 396-401.

Mellor, D., y Stokes, M. (2007). The Factor Structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(2), 105-112.

Mezzacappa, E. (2011). Executive Function. En B. B. Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 142-150). Oxford: Elsevier.

Mieloo, C., Raat, H., van Oort, F., Bevaart, F., Vogel, I., Donker, M., y Jansen, W. (2012). Validity and Reliability of the Strengths and Difficulties Questionnaire in 5-6 Year Olds: Differences by Gender or by Parental Education? . *PLoS ONE, 7*(5).

Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., y Silva, P. A. (2001). *Sex Differences in Antisocial Behaviour*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Mojtabai, R. (2006). Serious Emotional and Behavioral Problems and Mental Health Contacts in American and British Children and Adolescents. *Journal of the American Academic of Child and Adolescence Psychiatry, 45*(10), 1215-1223.

Moreno-Rosset, C. (2005). *Evaluación Psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. Madrid: Sanz y Torres.

Moreno, R., Martínez, R., y Muñiz, J. (2006). New guidelines for developing multiple-choice items. *Methodology, 2*, 65-72.

Mounoud, P., y Hauert, C. A. (1982). Development of sensorimotor organization in young childrens: Gasping and lifting objects. En G. E. Forman (Ed.), *Action and thopught: From sensorimotor schemes to symbolic operations* (pp. 3-35). New York: Academic Press.

Moya, M. (2004). Actitudes sexistas y nuevas formas de sexismo. En E. Barbera y I. Martínez (Eds.), *Psicología y Género* (pp. 271-294). Madrid: Prentice Hall.

Mulloy, M., Evangelista, N., Betkowski, J., y Weist, M. D. (2011). Mental health screening for adolescents. En R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 1707-1714). New York: Springer.

Muñiz, J., Fidalgo, A. M., García-Cueto, E., Martínez, R., y Moreno, R. (2005). *Análisis de ítems*. Madrid: La Muralla.

Muñiz, J., García-Cueto, E., y Lozano, L. M. (2005). Item format and the psychometric properties of the Eysenck Personality Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 38*, 61-69.

Muris, P., Meesters, C., Eijkelenboom, A., y Vincken, M. (2004). The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Its psychometric properties in 8- to 13- year-old non-clinical children. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(4), 437-448.

Muris, P., Meesters, C., y van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 12*, 1-8.

Muris, P., Meesters, C., y van der Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-report attachment style and perceived rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 12*, 171-183.

Muthén, L. K., y Muthén, B. O. (1998-2007). *Mplus User's Guide.* (Fifth ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Muus, R. E. (1991). *Teorías de la adolescencia*. México: Paidós (Orig. 1962).

Nágera, H. (1969). *Desarrollo de la teoría de la libido en la obra de Freud*. Buenos Aires: Hormé.

Najman, J. M., Heron, M. A., Hayatbakhsh, M. R., Dingle, K., Jamrozik, K., Bor, W., O'Callaghan, M. J., y Williams, G. M. (2008). Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research, 42*, 694-700.

Niclasen, J., Teasdale, T. W., Andersen, A.-M., Skovgaard, A. M., Elberling, H., y Obel, C. (2012). Psychometric Porperties of the Danish Strength and Difficulties Questionnaire: The SDQ Assessed for More than 70,000 Raters in Four Different Cohorts. *PloS ONE, 7*(2).

Oh, H. J., Ozkaya, E., y LaRose, R. (2014). How does online social networking enhance life satisfaction? The relationships among online supportive interaction, affect, perceived social support, sense of community, and life satisfaction. *Computers in Human Behavior, 30*, 69-78.

Oliva, A. (2004). La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y Aprendizaje, 27*, 115-122.

Oliva, A., Jiménez, J., Parra, A., y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13*, 53-62.

Oliva, A., Parra, A., y Sánchez-Queija, I. (2002). Relaciones con padres e iguales como predictoras del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología, 20*, 3-16.

Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A., y Pertegal, A. (2010). Más allá del déficit: Construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje, 33*, 223-234.

Palacios, J., y Oliva, A. (1999). La adolescencia y su significado evolutivo. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación, Psicología Evolutiva* (pp. 433-451). Madrid: Alianza.

Palfrey, J., Tonniges, T., Green, M., y Richmond, J. (2005). Addressing the Millennial Morbidity-The Context of Community Pediatrics. *Pediatrics, 115*, 1121-1123.

Palmieri, P. A., y Smith, G. C. (2007). Examining the Structural Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a U.S. Sample of Custodial Grandmothers. *Psychological Assessment, 19*(2), 189-198.

Papalia, D., Olds, S., y Feldman, R. (2001). *Psicología del Desarrollo* (8 ed.). Bogotá, D.C., Colombia: McGraw-Hill.

Pastor, E., y Sastre, S. (1994). Desarrollo de la inteligencia. En V. Bermejo (Ed.), *Desarrollo cognitivo* (pp. 191-213). Madrid: Síntesis.

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., y McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a globlal public-health challenge. *Lancet, 369*, 1302-1313.

Paus, T. (2005). Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence. *Trends in cognitive Sciences, 9*, 60-68.

Paxton, R. J., Valois, R. F., Watkins, K. W., Huebner, E. S., y Drane, J. W. (2007). Sociodemographic differences in depressed mood: Results from a nationally

representative sample of high school adolescents. *Journal of School Health, 77*, 180-186.

Percy, A., McCrystal, P., y Higgins, K. (2008). Confirmatory Factor Analysis of the Adolescent Self-Report Strengths and Difficulties Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 24*(1), 43-48.

Perinat, A. (2003). *Psicología del Desarrollo. Un enfoque sistémico*. Barcelona: EDIUOC.

Perner, J., Stummer, S., Sprung, M., y Doherty, M. J. (2002). Theory of mind finds its Piagetian Perspective: Why alternative naming comes with understanding belief. *Cognitive Development, 17*, 1451-1472.

Piaget, J. (1960). Les praxies chez l'enfant. *Révue neurologique, 102*, 551-565.

Piaget, J. (1970). Psicología, Lógica y Comunicación. Buenos Aires: Nueva visión.

Piehler, T. F. (2011). Peer Influence. En B. B. Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 2, pp. 249-259). Oxford: Elsevier.

Pinquart, M., y Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology, 56*, 195-214.

Preyer, W. (1882). *Die Seele des Kindes*. Leipzig: T. Griebe.

Prinstein, M. J., y Wang, S. S. (2007). False consensus and adolescent peer contagion: Examining discrepancies between perceptions and actual reported levels of friends' deviant anti health risk behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(3), 293-306.

Prior, M., Virasinghe, S., y Smart, D. (2005). Behavioural problems in Sri Lankan schoolchildren. Associations with socio-economic status, age, gender, academic progress, ethnicity and religion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*, 654-662.

Radcliffe, A. M., Stevenson, J. K., Lumley, M. A., D'Souza, P., y Kraft, C. (2010). Does Written Emotional Disclosure about Stress Improve Collegen Students' Academic Performance? Results from Three Randomized, Controlled Studies. *Journal of College Student Retention, 12*(4), 407-428.

Ramos, C., y Hércules, J. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileña de Psiquiatría, 25*(3), 139-145.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H.-U., Rothenberger, A., Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Holling, H., Bullinger, M., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., y Dopfner, M. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*, 22-33.

Reina, M. C., Oliva, A., y Parra, A. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society, and Education, 2*(1), 55-69.

Reinholdt-Dunne, M. L., Esbjorn, B. H., Hoyer, M., Dahl, S., Boesen, A. J., Hansen, S. G., y Leth, I. (2011). Emotional difficulties in seventh grade children in Denmark. *Developmental and Aging, 52*, 433-439.

Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., y al., e. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*, 130-142.

Reynolds, C. R., y Kamphaus, R. W. (1992). *Behaviour Assesment System for Children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Richter, J., Sagatun, A., Heyerdahl, S., Oppedal, B., y Røysamb, E. (2011). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Self-Report. An analysis of its structure in a multiethnic urban adolescent sample. *Journal Child and Psychology Psychiatry, 52*(9), 1002-1011.

Rodríguez-Hernández, P. J., Betancor, M., Ramírez-Santana, G. M., García, R., Sanz-Álvarez, E. J., y De las Cuevas-Castresana, C. (2012). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *International of Clinical and Health Psychology, 12*(2), 265-279.

Rogol, A. D., Roemmich, J. N., y Clark, P. A. (2002). Growth at puberty. *Journal of Adolescent Health, 31*, 192-200.

Roisman, G. I., Masten, A. S., Coatsworth, J. D., y Tellegen, A. (2004). Salient and Emerging Developmental Tasks in the Transition to Adulthood. *Child Development, 75*, 123-133.

Romer, D., y Hennessy, M. (2007a). A biosocial-affect model of adolescent sensation seeking: The role of affect evaluation and peer-group influence in adolescent drug use. *Prevention Science, 8*(2), 89-101.

Romer, D., y Hennessy, M. (2007b). A biosocial-affect model of adolescent sensation seeking: The role of affect evaluation and peer-group influence in adolescent drug use. *Prevention Science, 8*, 89-101.

Rønning, J. A., Helge Handegaard, B. H., Sourander, A., y Mørch, W.-T. (2004). The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*, 73-82.

Rothenberg, A., Becker, A., Erhart, M., Wille, N., y Ravens-Sieberer, U. (2008). Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*, 99-105.

Rousseau, J. J. (1998). *Emilio, o de la educación*. Madrid: Alianza. (Orig. 1762).

Ruchkin, V., Jones, S., Vermeiren, R., y Schwab-Stone, M. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire: The Self-Report Version in American Urban and Suburban Youth. *Psychological Assessment, 20*(2), 175-182.

Ruchkin, V., Jones, S., Vermeiren, R., y Schwb-Stone, M. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire: The Self-Report Version in American Urban and Suburban Youth. *Psychological Assessment, 20*(2), 175-182.

Ruchkin, V., Koposov, R., y Schwab-Stone, M. (2007). The strength and difficulties questionnaire: Scale validation with Russian adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 63*(9), 861-869.

Ruchkin, V., Koposov, R., y Schwb-Stone, M. (2007). The Strength and Difficulties Questionnaire: Scale Validation With Russian Adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 63*(9), 861-869.

Ruchkin, V., Koposov, R. A., Vermeiren, R., y Schwab-Stone, M. (2012). The Strength and Difficulties Questionnaire: Russian validation of the teacher version and comparison of teacher and student reports. *Journal of Adolescence 35*(1), 87-96.

Rush, A. J., First, M. B., y Blacker, D. (2008). *Handbook of psychiatric measures*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Rutter, M., y Graham, P. (1966). Psychiatric disorder in 10-and-11 year-old children. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 69*, 382-387.

Ryff, C., y Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies, 9*, 13-39.

Salmera-Aro, K. (2011). Stages of Adolescence. En B. Bradford Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 360-368). Oxford: Elsevier.

Sandoval, M., Lemos, S., y Vallejo, G. (2006). Self-reported competentes and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psicothema, 18*, 804-809.

Sang, B., y Deng, X. (2010). Emotion development of Chinese adolescents under the social change. *Psychological Development and Education, 26*, 549-553.

Sanne, B., Torsheim, T., Heiervang, E., y Stormark, K. M. (2009). The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Bergen Child Study: A Conceptually and Methodically Motivated Structural Analysis. *Psychological Assessment, 21*(3), 352-364.

Sastre, S. (2006). Condiciones tempranas del desarrollo y el aprendizaje: el papel de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología, 42*(Suppl. 2), s143-s151.

Sastre, S., y Pastor, E. (1987). La simbologènesi cinèsica: Un estudi comparatiu. *Revista de Psicología, Universidad Tarraconensis, 9*, 157-168.

Scott, S., Briskman, J., Woolgar, M., Humayun, S., y O'Connor, T. G. (2011). Attachment in adolescence: Overlap with parenting and unique prediction of behavioral adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 1052-1062.

Schmeiser, C. B., y Welch, C. (2006). Test development. En R. L. Brennan (Ed.), *Educational Measurement* (4th ed., pp. 307-353). Westport, CT: American Council on Education/Praeger.

Schulenberg, J., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., y Johnston, L. D. (2005). Early Adult Transitions and Their Relation to Well-Being and Substance Use. En R. A. Settersten, F. F. Furstenberg y R. G. Rumbaut (Eds.), *On the frontier of adulthood: Theory, research, and public policy* (pp. 417-453). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Shevlin, M., Murphy, S., y McElearney, A. (2012). Confirmatoy factor analysis of adolescent self- and informant ratings of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *The Irish Journal of Psychology, 33*(1), 17-28.

Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I., y Kovess, V. (2009). The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 740-747.

Shoval, G., Mansbach-Kleinfeld, I., Farbstein, I., Kanaaneh, R., Lubin, G., Apter, A., Weizman, A., y Zalsman, G. (2012). Self versus maternal reports of emotional and behavioral difficulties in suicidal and non suicidal adolescents: An Israeli nationwide survey. *European Psychiatry, 4*, 235-239.

Simpson, G. A., Bloom, B., Cohen, R. A., Blumberg, S., y Bourdon, K. H. (2005). U.S. Children with Emotional and Behavioral Difficulties: Data from the 2001, 2002, and 2003 National Health Interview Surveys. *Advance Data, 360*, 1-13.

Sirois, S., Spratling, M., Thomas, M. S. C., Westermann, G., Mareschal, D., y Johnson, M. H. (2008). Precis of neuroconstructivism: how the brain constructs cognition. *Behavioural Brain Science, 31*(3), 321-331.

Smedje, H., Broman, J.-E., Hetta, J., y von Knorring, A.-L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the ``Strengths and Difficulties Questionnaire''. *European Child & Adolescent Psychiatry, 8*, 63-70.

Smetana, J. G., Campione-Barr, N., y Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology, 57*, 255-284.

Spear, L. P. (2007). The developing brain and adolescent-typical behaviour patterns: An evolutionary approach. En E. Walker, J. Bossert y D. Romer (Eds.), *Adolescent Psychopathology and Developing Brain: Integrating Brain and Prevention Science* (pp. 9-30). Oxford: Oxford University Press.

Spear, L. P. (2010). *The Behavioral Neuroscience of Adolescence*. New York: W.W. Norton.

Statistical Package for the Social Sciences. (2006). *SPSS Base 15.0 User's Guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.

Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive Sciences, 9*, 69-74.

Steinberg, L. (2013). The influence of neuroscience on US Supreme Court decisions about adolescents' criminal culpability. *Nature Reviews Neuroscience, 14*, 513-518.

Steinberg, L., y Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology, 52*, 83-110.

Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C. M., Vermults, A. A., y Janssens, J. M. A. M. (2010). Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A Review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*, 254-274.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Susman, E. J., y Rogol, A. (2004). Puberty and Psychological Development. En R. M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent and Psychology* (2nd ed., pp. 15-44). Hoboken, NJ: Wiley.

Svedin, C. G., y Priebe, G. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument in a community sample of high school seniors in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*(3), 225-232.

Temboury, M. C. (2009). Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. . *Revista Pediatría de Atención Primaria,, 11*(S116), s127-s142.

Teng, Z. J., y Liu, Y. L. (2013). The Role of Neuroticism in the Relation between Self-Esteem and Aggressive Emotion among 1085 Chinese Adolescents. *Psychology, 4*, 729-735.

Thabet, A. A., Stretch, D., y Vostanis, P. (2000). Child mental health problems in arab children: application of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry, 46*(4), 266-280.

Thabet, A. Z. M., Karim, K., y Vostanis, P. (2006). Trauma exposure in pre-school children in a war zone. *British Journal of Psychiatry, 188*, 154-158.

Thomaes, S., Poorthuis, A., y Nelemans, S. (2011). Self-Esteem. En B. B. Brown. y M. J. Prinstein. (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 316-324). Oxford: Elsevier.

Tobeña, A. (2001). *Anatomía de la agresividad humana. De la violencia infantil al belicismo*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.

Tomás, M., Meléndez, J., y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema, 20*, 304-310.

Trejos-Castillo, E., y Vazsonyi, A. T. (2011). Transitions into Adolescence. En B. B. Brown. y M. J. Prinstein. (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 369-383). Oxford: Elsevier.

Uggen, C., y Massoglia, M. (2003). Desistance from crime and deviance as a turning point in the life course. En J. T. Mortimer y M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course* (pp. 311-329). New York: Plenum.

Ullah-Syed, E. U., Abdul-Hussein, S. A., y Haidry, S.-e.-Z. (2009). Prevalence of Emotional and Behavioural Problems Among Primary School Children in Karachi, Pakistan – Multi Informant Survey. *Indian Journal of Pediatrics, 76*, 623-628.

Valkenburg, P. M., Peter, J., y Schouten, A. P. (2006). Friend networking websites and their relationship to adolescents' well-being and self-esteem. *Cyberpsychology & Behavior, 9*, 584-590.

van de Looij-Jansen, P. M., Goedhart, A. W., De Wilde, E. J., y Treffers, P. D. (2011). Confirmatory factor analysis and factorial invariance analysis of the adolescent self-report Strengths and Difficulties Questionnaire: How important are method effects and minor factors? *British Journal of Clinical Psychology, 50*, 127-144.

Van Leeuwen, K., Meerschaert, T., Bosmans, G., De Medts, L., y Braet, C. (2006). The Strengths and Difficulties Questionnaire in a Community Sample of Young Children in Flanders. *European Journal of Psychological Assessment, 22*(3), 189-197.

Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S., y Clench-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and diffi culties in a large Norwegian population 10-19 years : age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*, 189-198.

Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S., y Clench-Aas, J. (2010). Understanding discrepancies in parent-child reporting of emotional and behavioural problem: Effects of relational and socio-demographic factors. *BMC Psychiatry, 10*(56).

Van Roy, B., Veenstra, M., y Clench-Aas, J. (2008). Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 49*(12), 1304-1312.

van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., y Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Diffi culties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry, 12*, 281-289.

Veenstra, R., Dijkstra, J. K., Steglich, C., y Van Zalk, M. H. W. (2013). Network-behavior dynamics. *Journal of Research on Adolescence, 23*, 399-412.

Verdejo-García, A., y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema, 22*(2), 227-235.

Vives, J. L. (1940). *Concordia y discordia*. México: Séneca.

Vostanis, P. (2006). Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Current Opinion in Psychiatry, 19*(4), 367-372.

Weinberger, D. R., Elvevag, B., y Giedd, J. N. (2005). *The adolescent brain: A work in progress*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Weir, I. K., Stevenson, J. S., y Graham, P. G. (1980). Behavioral deviance and teacher ratings of pro-social behaviour: preliminary findings. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 68-77.

Weist, M. D., Rubin, M., Moore, E., Adelsheim, S., y Wrobel, G. (2007). Mental health screening in schools. *The journal of School Health, 77* (2), 53-58.

Welham, J., Scott, J., Williams, G. M., Najman, J. M., Bor, W., O'Callaghan, M. J., y McGrath, J. (2009). Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21 year birth cohort study. *Psychological Medicine, 39*, 625-634.

Westermann, G., y Mareschal, D. (2012). Mechanisms of developmental change in infant categorization. *Cognitive Development, 27*, 367-382.

Westermann, G., y Mareschal, D. (2014). From perceptual to language-mediated categorization. *Philosophical Transactions of The Royal Society Biological Sciences, 369*, 20120391.

Westermann, G., Mareschal, D., Johnson, M. H., Sirois, S., Spratling, M. W., y Thomas, M. S. C. (2007). Neuroconstructivism. *Developmental Science, 10*, 75-83.

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., y Sveen, T. H. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Child Psychology and Psychiatry, 53*, 695-705.

Widiger, T. A., De Clercq, B., y De Fruyt, F. (2009). Childhood antecedents of personality disorder: An alternative perspective. *Development and Psychopathology, 21*, 771-791.

Winocur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M., Bridges, K., y Stuss, D. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society, 13*, 153-165.

Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R., y Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30*, 105-112.

Woolfolk, A. (1999). *Psicología Educativa*. México: Pearson.

Worthman, C. M. (2011). Hormones and Behavior. En B. B. Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 177-192). Oxford: Elsevier.

Yao, S., Zhang, C., Zhu, X., Jing, X., McWhinnie, C. M., y 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.

Ybrandt, H. (2008). The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of Adolescence, 31*, 1-16.

VI. ANEXOS

ANEXO 1.

The *Strengths and Difficulties Questionnaire*

Cuestionario de Capacidades y Dificultades					
Este cuestionario formula afirmaciones sobre qué has sentido y experimentando en los últimos 6 meses. Para responder, simplemente debes rodear con un círculo el número que se corresponda con la contestación que quieres dar. Las puntuaciones oscilan entre 1 y 5 donde: **1: Completamente en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo (indiferente) 4: De acuerdo 5: Completamente de acuerdo** El cuestionario es totalmente confidencial. Contesta con total sinceridad y honestidad. No existen respuestas correctas o incorrectas, en caso de duda marca la que más se aproxime a tu forma de sentir o pensar. Muchas gracias por tu colaboración.					
Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	1	2	3	4	5
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	1	2	3	4	5
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	1	2	3	4	5
Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.	1	2	3	4	5
Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	1	2	3	4	5
Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	1	2	3	4	5
Por lo general soy obediente	1	2	3	4	5
A menudo estoy preocupado/a	1	2	3	4	5
Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	1	2	3	4	5
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	1	2	3	4	5
Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	1	2	3	4	5
Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	1	2	3	4	5
Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	1	2	3	4	5
Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	1	2	3	4	5
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	1	2	3	4	5
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	1	2	3	4	5
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	1	2	3	4	5
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	1	2	3	4	5
Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	1	2	3	4	5
A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	1	2	3	4	5
Pienso las cosas antes de hacerlas	1	2	3	4	5
Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	1	2	3	4	5
Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	1	2	3	4	5
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	1	2	3	4	5
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	1	2	3	4	5

Formato de corrección del *Strengths and Difficulties Questionnaire*

Subescalas	**Ítems**
Problemas Emocionales	3, 8, 13, 16, 24
Problemas Conductuales	5, 7, 12, 18, 22
Problemas de Compañeros	6, 11, 14, 19, 23
Hiperactividad	2, 10, 15, 21, 25
Prosocial	1, 4, 9, 17, 20
Total de Dificultades	2, 10, 15, 21, 25, 6, 11, 14, 19, 23, 5, 7, 12, 18, 22, 3, 8, 13, 16, 24

* Los ítems 7, 11, 14, 21 y 25 puntúan en sentido inverso

ANEXO 2.

Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta

Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV)	
1: Totalmente en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: De acuerdo 5: Totalmente de acuerdo	
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 con 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

Claves de corrección de la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV)

Los ítems de esta escala se suelen entremezclar entre los ítems de otros instrumentos de medida que se administran conjuntamente. No se deben ubicar todos los ítems de la INF-OV agrupados dentro de un mismo instrumento de medida pues puede ser que el alumno responda parcialmente bien a esta parte del test. Por ejemplo, es posible que al principio de la administración responda correctamente y cuando se cansa o se desmotiva lo continúe haciendo de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonesta. Por ello, es interesante situar los ítems de la INF-OV dispersos a lo largo de un cuadernillo compuesto por varios tests. Asimismo, si los 12 ítems de la escala se administran conjuntamente dentro de un mismo instrumento de medida que esté compuesto por un reducido número de ítems puede conllevar a la merma de la su fiabilidad y evidencias de validez (p. ej., validez de contenido).

En los ítems 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11.
Si responde entre 1 y 3 se otorga el valor de “1”.
Si responde 4 ó 5 se otorga el valor de “0”.

En los ítems 2, 5, 8, 12.
Si responde entre 1 ó 2 se otorga el valor de “1”.
Si responde entre 3 y 5 se otorga el valor de “0”.

Suma total:
Se suma la puntuación de los 12 ítems. Si el participante puntúa 3 o más en la puntuación total se elimina de la muestra, ya que se interpreta que ha respondido de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonesta.