

## **LA COVITALIDAD COMO FACTOR PROTECTOR ANTE PROBLEMAS INTERIORIZADOS Y EXTERIORIZADOS EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES**

Raquel Falcó, Juan C. Marzo y Jose A. Piqueras  
*Universidad Miguel Hernández (España)*

### **Resumen**

El modelo de covitalidad considera que la acción conjunta de determinadas competencias socioemocionales amortigua el impacto de eventos estresantes psicosociales previniendo el desarrollo de problemas de salud mental. El objetivo de este estudio fue analizar el papel protector de las competencias socioemocionales del modelo de covitalidad ante problemas interiorizados y exteriorizados en adolescentes españoles. Se aplicaron el "Cuestionario de fortalezas y dificultades" y la "Encuesta de salud socioemocional" a 438 adolescentes (53,20% hombres) de 12 a 18 años ( $M= 15,04$ ;  $DT= 1,54$ ) de edad. El 20,6% superó los puntos de corte en problemas psicológicos, con mayor sintomatología emocional en mujeres. En fortalezas psicológicas, las mujeres destacaron en competencia social y los hombres en habilidades de autorregulación emocional. Se encontró una tendencia a presentar mayor sintomatología y menor competencia socioemocional a mayor edad. La covitalidad explicó hasta el 30,6%, 30,9% y 23,8% ( $p < 0,001$ ) de la sintomatología general, interiorizada y exteriorizada, respectivamente. Este trabajo aporta pruebas sobre la importancia de implementar programas de desarrollo de competencias socioemocionales de manera transversal en el ámbito educativo.

**PALABRAS CLAVE:** *covitalidad, competencias socioemocionales, problemas psicológicos, adolescentes.*

### **Abstract**

The covitality model considers that the joint action of certain social-emotional competences cushions the impact of psychosocial stressful events by preventing the development of mental health problems. The objective of the

---

Este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad del Gobierno de España (Proyectos I+D+i, 2017, ref. PSI2017-88280-R, y Redes de Investigación PSI2015-70943-REDT y PSI2017-90650-REDT) y la cofinanciación del Fondo Social Europeo y la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte de la Generalitat Valenciana (Programa VALi+d; subvención para la contratación de personal investigador de carácter predoctoral ACIF/2019/052).

Nuestro agradecimiento a la colaboración de los centros educativos, la autorización de los padres y tutores legales, y especialmente a la participación del alumnado en la cumplimentación del protocolo de evaluación psicológica que han hecho posible este estudio.

*Correspondencia:* Raquel Falcó, Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Dpto. de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Universidad Miguel Hernández, Avda. de la Universidad, s/n, Edificio Altamira, 03202 Elche (España). E-mail: rfalco@umh.es

present study was to analyze the protective role of social-emotional competences of the covitality model in the face of internalizing and externalizing problems in Spanish adolescents. The Strengths and Difficulties Questionnaire and the Social Emotional Health Survey were applied to 438 adolescents (53.2% men) between 12 and 18 years old ( $M= 15.04$ ,  $SD= 1.54$ ). 20.6% Surpassed cut-off points in psychological problems, with higher emotional symptoms in women. For psychological strengths, women stood out in social competence and men in emotional self-regulation skills. There was a tendency to present more symptoms and less social-emotional competence at an older age. Covitality explained up to 30.6%, 30.9% and 23.8% ( $p < .001$ ) of general, internalizing and externalizing symptomatology, respectively. This work provides evidence on the importance of implementing programs to develop of social-emotional competences in a transversal way in the educational context.

KEY WORDS: *covitality, social-emotional competences, psychological problems, adolescents.*

## Introducción

La literatura científica señala la etapa adolescente como uno de los periodos evolutivos de mayor vulnerabilidad, a consecuencia de los cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales implicados, y el incremento en la exposición a situaciones de riesgo (Valero, Pérez y Delgado, 2012). Teniendo en cuenta que las principales inquietudes en la adolescencia están relacionadas con la búsqueda de la identidad personal, el autoconcepto y la imagen corporal, la sexualidad y la aceptación por parte del grupo de iguales (Hidalgo-Vicario y Ceñal, 2014), los adolescentes son especialmente vulnerables ante el consumo de sustancias (tabaco, alcohol u otras drogas), los trastornos de alimentación, las relaciones sexuales con riesgo de embarazo e infección, el acoso escolar y los problemas interiorizados y exteriorizados, incluyendo los pensamientos y conductas autolesivas y/o suicidas.

Por ende, la adolescencia se considera un periodo extremadamente sensible para el desarrollo de problemas de salud mental. Se estima que hasta el 75% de los trastornos mentales graves tienen su inicio antes de los 24 años (Kessler *et al.*, 2010), siendo las formas de inicio temprano las que se asocian a periodos más prolongados sin tratamiento y a un peor pronóstico (De Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi y McGorry, 2012). En nuestro país, la prevalencia de problemas mentales en niños y adolescentes oscila entre el 5 y el 20%, de acuerdo con estudios epidemiológicos recientes (Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Sastre i Riba y Muñiz, 2017).

Así pues, el estudio de los problemas psicopatológicos en la infancia y la adolescencia ha sido abordado principalmente desde dos perspectivas. La primera de ellas se sustenta en taxonomías categoriales para la clasificación de los trastornos mentales (p. ej., el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM); mientras que la segunda aboga por modelos taxonómicos basados en análisis estadísticos multivariados que identifican la coocurrencia de problemas de salud mental (p. ej., el Sistema de evaluación empírica de Achenbach

[*Achenbach System of Emirically Based Assessment*], ASEBA). En el marco de esta última vertiente, Achenbach, Edelbrock y Howell (1987) describieron dos agrupaciones de amplio espectro para los problemas psicológicos: 1) la sintomatología interiorizada, referida a manifestaciones de ansiedad, depresión y somatización; y 2) la sintomatología exteriorizada, que incluye problemas de agresividad, desobediencia, hiperactividad e impulsividad, déficit de atención, y comportamiento criminal. Desde entonces y hasta 2016, más de 75.000 artículos en revistas de calidad habían incluido estos términos en sus palabras clave (Achenbach, Ivanova, Rescorla, Turner y Althoff, 2016).

Por consiguiente, además de las pruebas específicas desarrolladas por Achenbach para la medición de los problemas interiorizados y exteriorizados, otros autores han diseñado escalas más breves como el "Cuestionario de fortalezas y dificultades" (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ; Goodman, 1997). Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado para el cribado de los problemas de salud mental infantojuvenil, contando con más de 5.311 publicaciones en más de 100 países a fecha de abril de 2019 (<http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/f0.py>).

El SDQ permite la evaluación de cinco dimensiones: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas de relación con los iguales y conducta prosocial. La suma de las cuatro primeras subescalas permite obtener la puntuación total en sintomatología general; los problemas de conducta y la hiperactividad conforman la escala de problemas exteriorizados; y los síntomas emocionales y los problemas de relación con los iguales configuran los problemas de tipo interiorizado (Goodman, Lamping y Ploubidis, 2010).

Con relación a lo expuesto hasta el momento, la práctica clínica e investigadora de la salud mental se ha abarcado tradicionalmente desde un modelo unidimensional y marcadamente biomédico. Esta perspectiva asume que el malestar subjetivo es el fenómeno opuesto al bienestar subjetivo, lo cual implica que una disminución en el malestar se acompaña de un incremento directamente proporcional en el bienestar (Keyes, 2002; 2009). Se considera un planteamiento reduccionista, dado que centrando su atención en los problemas psicológicos limita su aplicabilidad al 15-20% de la población que presenta síntomas exteriorizados, y no proporciona información sobre los recursos personales o fortalezas psicológicas de las que se dispone (Keyes, 2006).

Por ello, resulta evidente la necesidad de lograr un equilibrio en la evaluación e intervención psicológica sobre el malestar y los factores de riesgo, y el bienestar y los factores de protección en salud mental. En respuesta a estas carencias, Greenspoon y Saklofske (2001) propusieron el modelo bidimensional de salud mental (*Bidimensional Mental Health Model*), conocido por sus siglas en inglés como BMHM. El BMHM también se conoce como el modelo de doble factor e indica que los instrumentos de medición y clasificación que contemplan tanto malestar/psicopatología como bienestar subjetivo presentan una capacidad mayor para predecir otras consecuencias de estos problemas, tales como el ajuste psicosocial, la calidad de vida, etc., en comparación con los modelos unidimensionales que atienden únicamente a la psicopatología.

Recientemente, y recogiendo en parte la vertiente investigadora centrada en la psicología positiva y el bienestar, el Centro Internacional para el Desarrollo

Juvenil en las Escuelas (*International Center for School-Based Youth Development*) de la Universidad de California, dirigido por el Dr. Michael Furlong, ha desarrollado el modelo de covitalidad. Este modelo teórico considera que la acción conjunta de determinadas competencias socioemocionales amortigua los efectos negativos de la exposición a situaciones de riesgo, promoviendo un adecuado ajuste psicosocial y previniendo el desarrollo de problemas de salud mental en la adolescencia. De este modo, se contempla la existencia de cuatro fortalezas psicológicas como factores principales del modelo y 12 subescalas: 1) *Creencia en uno mismo*, compuesto por *autoeficacia*, *autoconocimiento* y *persistencia*; 2) *Creencia en los demás*, que incluye *apoyo familiar*, *apoyo de iguales* y *apoyo escolar*; 3) *Competencia emocional*, explicada por la *regulación emocional*, el *comportamiento de autocontrol* y la *empatía*; y 4) *Compromiso con la vida*, lo conforman *optimismo*, *entusiasmo* y *gratitud*. Asimismo, este modelo incluye una medida global denominada *Covitalidad*, que alude al resultado de la interacción entre la totalidad de estas competencias socioemocionales y su efecto sinérgico sobre la salud mental.

En consonancia, los autores diseñaron un instrumento de evaluación, la "Encuesta de salud socioemocional" (*Social Emotional Health Survey*, SEHS), atendiendo a las variables planteadas en el modelo. Este autoinforme dispone además de tres versiones, de acuerdo con los diferentes niveles educativos: Educación Primaria, para niños de 9 a 13 años (*SEHS-Primary*; Furlong, You, Renshaw, O'Malley y Rebelez, 2013); Educación Secundaria, para adolescentes entre 14 y 18 años (*SEHS-Secondary*; Furlong, You, Renshaw, Smith y O'Malley, 2014); y Educación Superior, para población universitaria mayor de 18 años (*SEHS-Higher Education*; Furlong, You, Shishim y Dowdy, 2017). En la práctica investigadora con población adolescente, la SEHS-S ha sido traducida, adaptada y posteriormente validada en numerosos países, tales como Estados Unidos, Japón, China, Corea, Turquía y España (Furlong *et al.*, 2014; Iida *et al.*, 2018; Ito, Smith, You, Shimoda y Furlong, 2015; Lee, You y Furlong, 2016; Piqueras *et al.*, 2019; Telef y Furlong, 2017a; Xie, Liu, Yang y Furlong, 2017; You *et al.*, 2014) y ha presentado invarianza en su aplicación a diversos grupos socioculturales (You, Furlong, Felix y O'Malley, 2015).

Por consiguiente, los resultados de estos trabajos confirman la consistencia de la estructura factorial del modelo de covitalidad, así como también su capacidad predictiva para el ajuste psicosocial y la salud mental. Diferentes estudios han demostrado que la covitalidad es un excelente predictor del bienestar psicológico, la conducta prosocial, el rendimiento académico, y la calidad y satisfacción con la vida (p. ej., Boman, Mergler y Pennell, 2017; Kim, Furlong y Dowdy, 2019; Kim, Furlong, Dowdy y Felix, 2014; Pašková, 2017; Pennell, Boman y Mergler, 2015; Telef y Furlong, 2017b; You, Lim y Kim, 2018).

Sin embargo, niveles bajos de covitalidad se asocian con problemas psicológicos interiorizados y exteriorizados (p. ej., Arslan, 2018a; Dowdy, Furlong, Nylund-Gibson, Moore y Moffa, 2018; Kim, Dowdy, Furlong y Sukkyung, 2017; Moffa, Dowdy y Furlong, 2016; Moore, Dowdy, Nylund-Gibson y Furlong, 2019; Telef y Furlong, 2017a; You *et al.*, 2014), conductas de victimización en dinámicas de acoso (Fullchange y Furlong, 2016; Lenzi, Furlong, Dowdy, Sharkey, Gini y

Altoè, 2015), uso problemático de internet y las redes sociales (Marino, Hirst, Murray, Vieno y Spada, 2017) e incluso absentismo escolar (Wroblewski, Dowdy, Sharkey y Kim, 2019) y dificultades de aprendizaje en la adolescencia (Carnazzo, Dowdy, Furlong y Quirk, 2016). Por su parte, el estudio desarrollado por Lenzi, Dougherty, Furlong, Sharkey y Dowdy (2015) reveló que una mayor presencia e interacción de fortalezas psicológicas reduce la probabilidad de realizar comportamientos de riesgo, tales como el consumo de alcohol y tabaco, y previene frente al desarrollo de problemas emocionales y pensamientos suicidas en adolescentes.

En consecuencia, el objetivo general del presente trabajo fue analizar el papel protector de la covitalidad ante problemas interiorizados y exteriorizados en adolescentes españoles. Se enumeran los objetivos específicos: a) examinar la prevalencia de problemas interiorizados y exteriorizados, así como la disposición de las competencias socioemocionales del modelo de covitalidad; b) explorar la existencia de diferencias estadística y clínicamente significativas en función del sexo y la edad para la sintomatología interiorizada y exteriorizada y la covitalidad; c) analizar la asociación entre problemas psicológicos y covitalidad; y d) determinar la capacidad predictiva del modelo de covitalidad para explicar la sintomatología interiorizada y exteriorizada.

## Método

### *Participantes*

Se contó con la participación de dos centros educativos de la provincia de Alicante tras realizar un muestreo de conveniencia. La muestra inicial se compuso de 450 estudiantes de diferentes niveles de ESO y Bachillerato, si bien se excluyeron posteriormente 12 casos (2,6%) por omisión de respuestas y/o errores en la cumplimentación de los cuestionarios. La muestra definitiva estuvo formada por 438 sujetos de entre 12 y 18 años ( $M= 15,04$ ;  $DT= 1,54$ ) de edad, de los cuales el 53,20% fueron hombres. La prueba chi-cuadrado de homogeneidad en la distribución de frecuencias indicó la ausencia de interdependencia entre el sexo y la edad de la muestra ( $\chi^2= 4,87$ ,  $p= 0,56$ ).

### *Instrumentos*

- a) Ficha sociodemográfica *ad hoc*. Se recogieron datos sobre la edad (escala 12-18 años) y el sexo (hombre/mujer), el nivel educativo (ESO/BACH) y el curso (1º, 2º, 3º o 4º) en el inicio de la evaluación.
- b) "Cuestionario de fortalezas y dificultades" (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ; Goodman, 1997). Este cuestionario es una medida de autoinforme de las dificultades emocionales y comportamentales en adolescentes. Se compone de 25 ítems que presentan una escala tipo Likert con tres opciones de respuesta (1= "no es verdad", 2= "es verdad a medias", 3= "es verdad"). La puntuación total en dificultades o problemas psicológicos dispone de los siguientes puntos de corte: 0-15 normal, 16-19 límite y 20-40

anormal o patológica (<https://www.sdqinfo.com/>). El análisis de consistencia interna en este trabajo sugiere valores omega de McDonald (1999) de 0,80 para la escala general de problemas psicológicos, y de 0,78 y 0,67 para la sintomatología interiorizada y exteriorizada, respectivamente.

- c) “Encuesta de salud socioemocional para secundaria” (*Social Emotional Health Survey-Secondary*, SEHS-S; Furlong *et al.*, 2014), adaptación española de Piqueras *et al.* (2019). Este instrumento de autoinforme está dirigido a la evaluación de las competencias socioemocionales en adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Permite obtener una puntuación para cada dimensión que compone el modelo de covitalidad: creencia en uno mismo (autoeficacia, autoconciencia y persistencia); creencia en los demás (apoyo familiar, escolar y de iguales), competencia emocional (empatía, autocontrol y regulación emocional), compromiso con la vida (optimismo, entusiasmo y gratitud) y una medida general de competencia socioemocional o covitalidad. Está formado por un total de 37 ítems cuyas opciones de respuesta se presentan en una escala tipo Likert de cuatro puntos según el grado de identificación con los enunciados (1= “no es cierto”, 2= “un poco cierto”, 3= “bastante cierto”, 4= “muy cierto”), a excepción de los ítems pertenecientes a las subdimensiones entusiasmo y gratitud que ofrecen una escala de 5 puntos (1= “nada”, 2= “muy poco”, 3= “algo”, 4= “bastante”, 5= “extremadamente”). La correspondencia entre ítems y dimensiones, así como las instrucciones de corrección se encuentran disponibles en la publicación original del instrumento en su versión española (Piqueras *et al.*, 2019). Hasta el momento, esta herramienta no dispone de estandarización o puntos de corte, por lo que su interpretación se delimita a un continuo en el que una mayor puntuación informa de una mayor disposición de dichas competencias. Los niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) están entre 0,60 y 0,90 para las subescalas, 0,74 y 0,89 para las escalas principales, y 0,91 para el conjunto de competencias socioemocionales o covitalidad.

### *Procedimiento*

Se contactó con el equipo de dirección y orientación de diferentes centros educativos de la provincia de Alicante. Una vez aceptada la participación, se procedió a la administración de los consentimientos informados para padres y adolescentes. Los cuestionarios fueron cumplimentados a través de una plataforma *online*, en formato grupal y horario lectivo, con un tiempo medio de aplicación de 15 minutos. La recogida de datos fue dirigida y desarrollada de manera presencial por el personal investigador, formado en su totalidad por psicólogos generales sanitarios con Máster Oficial en Terapia Psicológica con Niños y Adolescentes. Durante todo el proceso de estudio se aseguró la voluntariedad, el anonimato y la confidencialidad de los datos, advirtiéndose de su uso exclusivo para fines académicos y de investigación, y contando con la aprobación previa del comité de ética del Órgano Evaluador de Proyectos de la institución de pertenencia.

### Análisis de datos

Se realizaron estadísticos descriptivos y tablas cruzadas, empleando las pruebas chi-cuadrado, phi y V de Cramer, para obtener el perfil sociodemográfico de la muestra y comprobar la homogeneidad de la distribución de frecuencias por sexo y edad. Se realizaron las operaciones necesarias para disponer de las puntuaciones totales en las subescalas y, posteriormente, aportar estimaciones de la consistencia interna mediante el cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach para el SEHS-S y omega de McDonald (1999) para el SDQ, puesto que este último es considerado una medida más precisa de la fiabilidad para cuestionarios que presentan entre dos y tres opciones de respuesta (Ventura-León y Caycho-Rodríguez, 2017).

A continuación, se analizó la existencia de diferencias significativas en función del sexo para los problemas psicológicos y la totalidad de competencias socioemocionales mediante la prueba *t* para muestras independientes. De igual modo, se realizó el ANOVA de un factor con el fin de identificar diferencias significativas entre los tres grupos de edad previamente establecidos (12-13, 14-16 y 17-18 años), y posteriormente se emplearon pruebas *post-hoc* de comparaciones múltiples para comprobar entre qué grupos existían dichas diferencias. Se atendió al criterio HSD Tukey en aquellas variables que presentaban homogeneidad de varianzas intergrupales, y criterio Games-Howell en caso contrario.

Tras estos análisis, se calcularon las correlaciones entre las variables objeto de estudio y se interpretaron las magnitudes de asociación atendiendo a los criterios propuestos por Cohen (1988): valor de correlación menor o igual a 0,10, pequeña; en torno a 0,30, media; igual o superior a 0,50, grande. De forma previa a los análisis de regresión, se comprobó si la totalidad de correlaciones bivariadas eran inferiores a 0,70 para descartar así el diagnóstico de multicolinealidad (Tabachnick y Fidell, 1996).

Por último, para determinar el valor predictivo del modelo de covitalidad para los problemas psicológicos, se realizaron análisis de regresión múltiple de tipo jerárquica. La puntuación total en sintomatología general, así como su distinción en problemas interiorizados y exteriorizados, fueron consideradas variables criterio. En el primer bloque de análisis se introdujeron las variables sociodemográficas (sexo y edad), mientras que en el segundo bloque se alternaron la medida general de covitalidad, los cuatro factores principales y las 12 subescalas del modelo. De este modo, se trató de controlar el efecto de las variables sociodemográficas para poder examinar y comparar la contribución específica de las competencias socioemocionales en las tres condiciones introducidas. Posteriormente, se calculó el porcentaje de varianza explicada ( $sr^2$ ) de cada una de ellas, multiplicando por cien el cuadrado de la correlación semiparcial ( $r_{x,y}$ ). Para la ejecución del análisis de los datos se empleó el software estadístico IBM SPSS Statistics v. 25 (IBM Corp., 2017).

## Resultados

### *Características clínicas: diferencias en función del sexo y la edad*

Los resultados obtenidos revelaron una tasa de sintomatología elevada, ya que un 20,6% de la muestra superó los puntos de corte en el SDQ: 79,4% asintomáticos, 12,8% síntomas moderados y 7,8% síntomas prominentes de psicopatología. Si bien no se hallaron diferencias significativas en función del sexo para la escala general y los problemas exteriorizados, las mujeres adolescentes presentaron puntuaciones más elevadas en sintomatología interiorizada con un tamaño del efecto pequeño (tabla 1).

Con respecto a las competencias socioemocionales, se obtuvo una media de 122,08 ( $DT= 16,08$ ) considerando un rango de puntuación de 37 a 155. Las mujeres destacaron en variables relacionadas con la competencia social, mientras que los hombres obtuvieron mayor puntuación en habilidades de autorregulación emocional, advirtiendo nuevamente un tamaño del efecto pequeño.

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad para los problemas psicológicos con un tamaño del efecto pequeño-moderado (tabla 2). La presencia de sintomatología general, interiorizada y exteriorizada fue mayor entre los adolescentes de 17-18 años con respecto al grupo de menor edad.

En contraposición, las fortalezas psicológicas mostraron puntuaciones más altas entre el grupo de 12-13 años que en edades posteriores. Las diferencias identificadas en los factores creencia en los demás y compromiso con la vida fueron de magnitud media, así como también para la covitalidad. A este respecto, la única variable que mostró un tamaño del efecto grande en las diferencias a nivel intergrupar fue el entusiasmo; si bien, a su vez, fue la única con mayor presencia entre los adolescentes más mayores.

### *Asociación entre problemas psicológicos y covitalidad*

En su gran mayoría, las fortalezas psicológicas contempladas correlacionaron negativa y significativamente con la escala de problemas psicológicos, emocionales y conductuales, con independencia de considerar los cuatro factores principales, las 12 subescalas o la medida global del modelo de covitalidad (tabla 3).

Estos datos presentan magnitudes de asociación pequeñas-moderadas, destacando especialmente la fuerza de correlación entre la covitalidad, la creencia en uno mismo y el compromiso vital con la sintomatología general e interiorizada; y entre la competencia emocional y el autocontrol con los problemas exteriorizados.

Asimismo, cabe señalar que la empatía, el apoyo escolar y el apoyo de los iguales no mostraron una relación estadísticamente significativa con las tres problemáticas analizadas, respectivamente.



**Tabla 1**  
Descripción de puntuaciones y diferencias en función del sexo

Variables	Total (N= 438)		Hombres (n= 233)		Mujeres (n= 205)		d de Cohen	α de Cronbach	
	Rango puntuación	M	DT	M	DT	M			DT
		0-40	11,40	5,22	11,05	5,08			11,80
Interiorizados	0-20	4,99	3,40	4,50	3,20	5,60	3,55	0,33***	0,78
Exteriorizados	0-20	6,41	3,08	6,56	3,07	6,24	3,09	---	0,67
Covitalidad	37-155	122,08	16,08	122,17	16,64	121,98	15,45	---	0,91
Creencia en uno mismo	9-36	27,32	4,89	27,49	4,87	27,14	4,91	---	0,89
Autoeficacia	3-12	9,90	1,81	9,94	1,78	9,85	1,86	---	0,76
Autoconocimiento	3-12	9,59	1,96	9,77	1,93	9,38	1,98	0,20*	0,74
Persistencia	3-12	7,84	2,50	7,78	2,54	7,91	2,46	---	0,79
Creencia en los demás	9-36	30,62	4,25	30,19	4,40	31,11	4,03	0,22*	0,74
Apoyo familiar	3-12	10,21	2,17	10,21	2,03	10,22	2,33	---	0,71
Apoyo de iguales	3-12	10,68	2,06	10,30	2,23	11,11	1,77	0,40***	0,84
Apoyo escolar	3-12	9,73	2,09	9,68	2,16	9,79	2,01	---	0,87
Competencia emocional	9-36	28,90	4,21	28,79	4,40	29,04	4,00	---	0,76
Regulación emocional	3-12	9,95	1,70	10,03	1,71	9,86	1,69	---	0,60
Empatía	3-12	9,87	2,01	9,49	2,12	10,32	1,80	0,42***	0,82
Autocontrol	3-12	9,08	1,92	9,27	1,85	8,86	1,97	0,21*	0,60
Compromiso con la vida	10-47	35,24	6,95	35,71	6,96	34,70	6,93	---	0,90
Optimismo	3-12	10,32	2,03	10,36	1,91	10,26	2,16	---	0,83
Entusiasmo	4-20	13,74	3,57	14,06	3,77	13,38	3,31	0,19*	0,90
Gratitud	3-15	11,18	2,63	11,29	2,56	11,05	2,70	---	0,79

Nota: \*p < 0,05; \*\*\*p < 0,001.

**Tabla 2**  
Diferencias intergrupales por edad

Variables	G1: 12-13 años		G2: 14-16 años		G3: 17-18 años		ANOVA		Pruebas post-hoc		
	M	DT	M	DT	M	DT	F	p	Grupos	p	d
Problemas psicológicos	10,08	5,14	11,49	5,14	12,59	5,24	5,83	0,003	1-3 <sup>a</sup>	0,002	0,48
Interiorizados	4,21	3,16	5,10	3,54	5,64	3,17	4,50	0,012	1-3 <sup>a</sup>	0,009	0,45
Exteriorizados	5,87	3,06	6,43	3,07	6,95	3,04	3,01	0,050	1-3 <sup>a</sup>	0,039	0,36
Covitalidad	126,73	12,94	121,30	16,64	119,05	16,76	6,36	0,002	1-2/1-3 <sup>b</sup>	0,004/0,001	0,36/0,51
Creencia en uno mismo	28,32	4,80	27,20	4,93	26,55	4,73	3,42	0,034	1-3 <sup>a</sup>	0,030	0,37
Autoeficacia	10,26	1,68	9,80	1,88	9,76	1,74	2,79	0,062	---	---	---
Autoconocimiento	9,84	1,87	9,48	2,05	9,57	1,79	1,18	0,308	---	---	---
Persistencia	8,21	2,49	7,92	2,43	7,21	2,58	4,30	0,014	1-3 <sup>a</sup>	0,014	0,39
Creencia en los demás	31,82	3,38	30,42	4,32	29,80	4,66	6,19	0,002	1-2/1-3 <sup>a</sup>	0,014/ 0,004	0,36/ 0,49
Apoyo familiar	10,64	1,85	10,23	2,12	9,68	2,48	4,96	0,007	1-3 <sup>b</sup>	0,007	0,44
Apoyo de iguales	10,82	1,85	10,67	2,12	10,51	2,12	0,56	0,571	---	---	---
Apoyo escolar	10,35	1,76	9,51	2,09	9,61	2,26	6,12	0,002	1-2/1-3 <sup>b</sup>	0,001/0,033	0,43/0,36
Competencia emocional	29,02	3,81	28,94	4,34	28,65	4,30	0,21	0,807	---	---	---
Regulación emocional	9,72	1,67	10,02	1,70	10,00	1,74	1,13	0,323	---	---	---
Autocontrol	9,04	1,79	9,12	2,06	9,00	1,63	0,17	0,843	---	---	---
Empatía	10,25	1,82	9,79	1,98	9,65	2,25	2,54	0,080	---	---	---
Compromiso con la vida	37,54	5,65	34,73	7,06	34,03	7,41	7,93	0,001	1-2/1-3 <sup>b</sup>	0,001/0,001	0,44/0,53
Optimismo	10,94	1,64	10,27	2,04	9,73	2,18	9,06	0,001	1-2/1-3 <sup>b</sup>	0,005/0,001	0,35/0,62
Entusiasmo	10,31	2,02	14,70	3,28	13,42	3,58	4,94	0,008	1-2 <sup>a</sup>	0,006	1,60
Gratitud	11,90	2,19	11,03	2,62	10,77	2,92	5,45	0,005	1-2/1-3 <sup>b</sup>	0,005/0,008	0,35/0,43

Nota: <sup>a</sup>Se asumen varianzas iguales; HSD Tukey; <sup>b</sup>No se asumen varianzas iguales; Games-Howell;  $p < 0,05$ .

### *Modelos predictivos para los problemas psicológicos*

Los análisis de regresión múltiple de tipo jerárquico indicaron que la contribución específica de las variables sociodemográficas fue significativa en el modelo para los problemas psicológicos (tabla 4), con alrededor de un 4% de varianza total explicada ( $p= 0,001$ ). Al considerar además la covitalidad en un segundo bloque, se alcanzó el 21% de la misma ( $p= 0,001$ ), resultando significativas las aportaciones de la edad ( $sr^2= 1,74\%$ ) y el constructo covitalidad ( $sr^2= 17,06\%$ ).

El segundo modelo, con la inclusión de los cuatro factores principales de covitalidad, produjo un aumento de la varianza total explicada hasta un 23% ( $p= 0,001$ ), siendo de nuevo la edad ( $sr^2= 1,88\%$ ), la creencia en uno mismo ( $sr^2= 6\%$ ) y la competencia emocional ( $sr^2= 0,83\%$ ) las variables que presentaban una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, la repetición de este último análisis considerando las 12 subescalas del modelo de covitalidad (modelo 3), ocasionó otro aumento de la varianza total explicada hasta un 30,6% ( $p= 0,001$ ). En este caso, las variables que muestran significación en el modelo para los problemas psicológicos son la edad ( $sr^2= 2,34\%$ ), la autoeficacia ( $sr^2= 0,96\%$ ), el autoconocimiento ( $sr^2= 1,39\%$ ), la persistencia ( $sr^2= 0,86\%$ ), el apoyo familiar ( $sr^2= 1,88\%$ ), el autocontrol ( $sr^2= 4,08\%$ ) y la empatía ( $sr^2= 2,04\%$ ). Cabe señalar que esta última variable presenta un valor predictivo positivo, por lo que su relación es directamente proporcional a los problemas psicológicos.

### *Modelos predictivos para la sintomatología interiorizada*

Con respecto a los modelos predictivos para la sintomatología interiorizada (tabla 5), se observa una aportación de las variables sociodemográficas que asciende al 4,9% de la varianza total explicada ( $p= 0,001$ ), si bien al introducir el constructo covitalidad este porcentaje asciende al 19,4% ( $p= 0,001$ ), con la significativa contribución de las tres variables contempladas: la edad ( $sr^2= 1,14\%$ ), el sexo ( $sr^2= 2,56\%$ ) y la covitalidad ( $sr^2= 14,67\%$ ).

La acción de los factores principales de covitalidad en un segundo modelo supuso un aumento de hasta el 22,8% de la varianza total explicada ( $p= 0,001$ ). En este sentido, los problemas de tipo interiorizado mostraron de nuevo una relación significativa con todas las variables introducidas: edad ( $sr^2= 0,83\%$ ), sexo ( $sr^2= 2,13\%$ ), creencia en uno mismo ( $sr^2= 4,2\%$ ), creencia en los demás ( $sr^2= 0,85\%$ ), competencia emocional ( $sr^2= 0,85\%$ ) y compromiso con la vida ( $sr^2= 1,56\%$ ).

Asimismo, el tercer modelo ofreció una varianza total explicada del 30,9% ( $p= 0,001$ ), hallándose una asociación significativa con las variables edad ( $sr^2= 1,44\%$ ), sexo ( $sr^2= 1,04\%$ ), autoeficacia ( $sr^2= 1,72\%$ ), autoconocimiento ( $sr^2= 2,07\%$ ), apoyo familiar ( $sr^2= 2,13\%$ ), apoyo de iguales ( $sr^2= 1,59\%$ ), apoyo escolar ( $sr^2= 0,81\%$ ) y empatía ( $sr^2= 3,13\%$ ). En este caso, la empatía nuevamente mostró una relación directa y positiva con la variable criterio: los síntomas emocionales.

**Tabla 3**  
Asociación entre problemas psicológicos y covitalidad

Variables	Problemas psicológicos	Síntomas interiorizados	Síntomas exteriorizados
Covitalidad	-0,44***	-0,41***	-0,30***
Creencia en uno mismo	-0,45***	-0,41***	-0,31***
Autoeficacia	-0,39***	-0,40***	-0,20***
Autoconocimiento	-0,39***	-0,41***	-0,21***
Persistencia	-0,29***	-0,18***	-0,29***
Creencia en los demás	-0,30***	-0,32***	-0,16***
Apoyo familiar	-0,33***	-0,33***	-0,19***
Apoyo de iguales	-0,13**	-0,23***	0,02
Apoyo escolar	-0,15**	-0,08	-0,16***
Competencia emocional	-0,29***	-0,13**	-0,35***
Regulación emocional	-0,25***	-0,15**	-0,27***
Autocontrol	-0,37***	-0,20***	-0,42***
Empatía	-0,03	0,05	-0,11*
Compromiso con la vida	-0,34***	-0,38***	-0,16***
Optimismo	-0,29***	-0,31***	-0,14**
Entusiasmo	-0,29***	-0,33***	-0,12**
Gratitud	-0,30***	-0,33***	-0,14**

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

**Tabla 4**  
Capacidad predictiva del modelo de covitalidad para los problemas psicológicos

Modelo	Variable predictora	Paso 1			Paso 2		
		$\beta$	$t$	$r_{x,y}$	$\beta$	$t$	$r_{x,y}$
1	Edad	0,201	4,276***	0,200	0,134	3,112**	0,132
	Sexo	0,087	1,843	0,086	0,079	1,858	0,079
	Covitalidad				-0,418	-9,706***	-0,413
	$R^2$	0,041			0,210		
	$F$	10,314***			39,755***		
2	Edad	0,201	4,276***	0,200	0,140	3,258***	0,137
	Sexo	0,087	1,843	0,086	0,074	1,719	0,072
	Creencia en uno mismo				-0,325	-5,845***	-0,245
	Creencia en los demás				-0,043	-0,779	-0,033
	Competencia emocional				-0,104	-2,170*	-0,091
	Compromiso con la vida				-0,059	-1,038	-0,044
	$R^2$	0,041			0,230		
$F$	10,314***			22,815***			
3	Edad	0,201	4,276***	0,200	0,159	3,837***	0,153
	Sexo	0,087	1,843	0,086	0,003	0,065	0,003
	Autoeficacia				-0,134	-2,468*	-0,098

Modelo	Variable predictora	Paso 1			Paso 2		
		$\beta$	$t$	$r_{x,y}$	$\beta$	$t$	$r_{x,y}$
	Autoconocimiento				-0,153	-2,959**	-0,118
	Persistencia				-0,108	-2,332*	-0,093
	Apoyo familiar				-0,159	-3,432***	-0,137
	Apoyo de iguales				-0,018	-0,409	-0,016
	Apoyo escolar				0,066	1,450	0,058
	Regulación emocional				-0,074	-1,539	-0,061
	Autocontrol				-0,235	-5,063***	-0,202
	Empatía				0,170	3,585***	0,143
	Optimismo				0,001	0,010	0,001
	Entusiasmo				-0,041	-0,740	-0,029
	Gratitud				0,009	0,159	0,006
	$R^2$	0,041			0,306		
	$F$	10,314***			14,770***		

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

**Tabla 5**

Capacidad predictiva del modelo de covitalidad para la sintomatología interiorizada

Modelo	Variable predictora	Paso 1			Paso 2		
		$\beta$	$t$	$r_{x,y}$	$\beta$	$t$	$r_{x,y}$
1	Edad	0,170	3,641***	0,170	0,109	2,490*	0,107
	Sexo	0,167	3,577***	0,167	0,161	3,728***	0,160
	Covitalidad				-0,388	-8,925***	-0,383
	$R^2$	0,049			0,194		
	$F$	12,129***			36,101***		
2	Edad	0,170	3,641***	0,170	0,093	2,176*	0,091
	Sexo	0,167	3,577***	0,167	0,150	3,472***	0,146
	Creencia en uno mismo				-0,271	-4,867***	-0,205
	Creencia en los demás				-0,121	-2,186*	-0,092
	Competencia emocional				0,105	2,188*	0,092
	Compromiso con la vida				-0,170	-2,972**	-0,125
	$R^2$	0,049			0,228		
$F$	12,129***			22,518***			
3	Edad	0,170	3,641***	0,170	0,125	3,029**	0,120
	Sexo	0,167	3,577***	0,167	0,110	2,555*	0,102
	Autoeficacia				-0,179	-3,285***	-0,131
	Autoconocimiento				-0,187	-3,618***	-0,144
	Persistencia				-0,015	-0,329	-0,013
	Apoyo familiar				-0,169	-3,669***	-0,146
	Apoyo de iguales				-0,142	-3,175**	-0,126
	Apoyo escolar				0,102	2,255*	0,090
	Regulación emocional				-0,026	-0,533	-0,021
	Autocontrol				-0,048	-1,026	-0,041
	Empatía				0,210	4,440***	0,177
	Optimismo				-0,022	-0,415	-0,017
	Entusiasmo				-0,058	-1,058	-0,042

Modelo	Variable predictora	Paso 1			Paso 2		
		$\beta$	$t$	$r_{xy}$	$\beta$	$t$	$r_{xy}$
	Gratitud				-0,039	-0,705	-0,028
	$R^2$	0,049			0,309		
	$F$	12,129***			14,932***		

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

**Tabla 6**

Capacidad predictiva del modelo de covitalidad para la sintomatología exteriorizada

Modelo	Variable predictora	Paso 1			Paso 2		
		$\beta$	$t$	$r_{xy}$	$\beta$	$t$	$r_{xy}$
1	Edad	0,152	3,202***	0,152	0,108	2,328*	0,106
	Sexo	-0,038	-0,808	-0,038	-0,043	-0,948	-0,043
	Covitalidad				-0,279	-6,053***	-0,275
	$R^2$	0,021			0,095		
	$F$	5,677**			16,306**		
2	Edad	0,152	3,202***	0,152	0,133	2,992**	0,131
	Sexo	-0,038	-0,808	-0,038	-0,040	-0,895	-0,039
	Creencia en uno mismo				-0,251	-4,340***	-0,189
	Creencia en los demás				0,061	1,058	0,046
	Competencia emocional				-0,293	-5,864***	-0,256
	Compromiso con la vida				0,088	1,473	0,064
	$R^2$	0,021			0,167		
	$F$	5,677**			15,660***		
3	Edad	0,152	3,202***	0,152	0,131	3,015**	0,126
	Sexo	-0,038	-0,808	-0,038	-0,117	-2,587**	-0,108
	Autoeficacia				-0,030	-0,531	-0,022
	Autoconocimiento				-0,053	-0,973	-0,041
	Persistencia				-0,166	-3,425***	-0,143
	Apoyo familiar				-0,082	-1,685	-0,070
	Apoyo de iguales				0,126	2,683**	0,112
	Apoyo escolar				-0,001	-0,030	-0,001
	Regulación emocional				-0,097	-1,928	-0,080
	Autocontrol				-0,346	-7,107***	-0,297
	Empatía				0,056	1,121	0,047
	Optimismo				0,025	0,453	0,019
	Entusiasmo				-0,005	-0,082	-0,003
	Gratitud				0,058	0,999	0,042
	$R^2$	0,021			0,238		
$F$	5,677**			10,776***			

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

### Modelos predictivos para la sintomatología exteriorizada

Los modelos de regresión jerárquica para los problemas de tipo exteriorizado (tabla 6) informaron de una aportación significativa de las variables sociodemográficas con alrededor de un 2% de varianza total explicada ( $p=0,004$ ); mientras que al considerar la covitalidad esta cifra ascendió al 9,5% ( $p=0,001$ ), presentando asociación de relevancia estadística con la edad ( $sr^2=1,12\%$ ) y la covitalidad ( $sr^2=7,56\%$ ).

Así pues, la inclusión de las competencias socioemocionales principales produjo un incremento de hasta el 16,7% en la varianza total explicada ( $p=0,001$ ), resultando significativa la contribución de las variables edad ( $sr^2=1,72\%$ ), creencia en uno mismo ( $sr^2=3,57\%$ ) y competencia emocional ( $sr^2=6,55\%$ ). De igual modo, el tercer modelo con las 12 subescalas del modelo de covitalidad explicó el 23,8% ( $p=0,001$ ). Las variables asociadas a los problemas conductuales fueron la edad ( $sr^2=1,59\%$ ), el sexo ( $sr^2=1,17\%$ ), la persistencia ( $sr^2=2,04\%$ ), el autocontrol ( $sr^2=8,82\%$ ) y el apoyo de iguales ( $sr^2=1,25\%$ ). Esta última variable presentó una asociación positiva con la sintomatología exteriorizada.

## Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar el papel protector de la covitalidad ante problemas interiorizados y exteriorizados en una muestra de adolescentes españoles. Con este fin, se comprobaron previamente las propiedades psicométricas del SEHS-S para esta población, obteniéndose coeficientes alfa de Cronbach equivalentes a los mencionados en estudios anteriores con adolescentes de distintos países: 0,71-0,88 para los factores principales, 0,52-0,94 para las 12 subescalas y 0,89-0,95 para el índice general de covitalidad (Furlong *et al.*, 2014; Iida *et al.*, 2018; Ito *et al.*, 2015; Lee *et al.*, 2016; Telef y Furlong, 2017a; Xie *et al.*, 2017; Yan-Gu, Da-Jun, Wan-Fen y Guang-Zeng, 2016; You *et al.*, 2014). Asimismo, los resultados fueron similares al trabajo de Piqueras *et al.* (2019), en el que se aportaron excelentes valores de consistencia interna en muestra española, además de presentar una estructura factorial coincidente con la versión original y, por ende, con el propio modelo de covitalidad. Estos datos permitieron elaborar una adecuada interpretación de los análisis realizados.

En primer lugar, se examinó la prevalencia de problemas psicológicos, así como la disposición de las competencias socioemocionales de covitalidad en la muestra. El 20,6% de los adolescentes manifestó algún tipo de sintomatología interiorizada y/o exteriorizada, considerándose que un 7,8% presentaban síntomas prominentes, y revelando porcentajes equivalentes a los estimados en estudios recientes (p. ej., Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Inchausti y Sastre i Riba, 2016). En lo que respecta a las fortalezas psicológicas, las puntuaciones más altas se observaron en los factores creencia en los demás y compromiso con la vida, especialmente en el apoyo de los iguales y el entusiasmo (respectivamente); por el contrario, la creencia en uno mismo y la competencia emocional fueron las variables que presentaron un mayor déficit, sobre todo en persistencia y autocontrol. Estos hallazgos indican que, aunque todas las competencias sociales y

emocionales se relacionan con los problemas psicológicos, son las habilidades más intrapersonales (en nuestro caso la confianza en uno mismo y la competencia emocional) las más relacionadas con la presencia de sintomatología. Estos datos coinciden con recientes estudios que indican que la inteligencia emocional rasgo, más relacionada con las habilidades intrapersonales (regulación emocional y autocontrol) y con el bienestar, y en menor medida con competencias interpersonales, sirven de barrera de protección contra la psicopatología en niños y adolescentes (Piqueras, Mateu, Cejudo y Pérez-González, 2019; Piqueras, Salvador, Soto-Sanz, Mira y Pérez-González, 2020). También son coincidentes con un estudio reciente que indica que son las estrategias de regulación cognitivo-emocional desadaptativas como la rumiación, la catastrofización y el culpar a los demás las implicadas en los problemas de ansiedad infantil (Rodríguez-Menchón, Orgilés, Fernández-Martínez, Espada y Morales, 2020).

En segundo lugar, en lo que concierne a las diferencias de sexo, las mujeres presentaron problemas interiorizados en mayor proporción, sin observarse diferencias significativas para los problemas exteriorizados o la escala de sintomatología general. Nuestros datos son coincidentes con el estudio de Lenzi, Dougherty, *et al.* (2015) con una muestra de 12.000 adolescentes, que concluyó que el 31,4% de las mujeres reconoció sentimientos de tristeza y desesperanza, y el 16,5% había considerado la idea de suicidarse durante los últimos doce meses, doblando las cifras obtenidas por los hombres y atendiendo a un nivel de significación exigente ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, son numerosos los trabajos que informaron mayor competencia socioemocional en las mujeres con puntuaciones más elevadas para creencia en los demás, competencia emocional y/o el constructo de covitalidad; mientras que los hombres destacaron significativamente en la creencia en uno mismo y el compromiso con la vida, si bien todo ello con un tamaño del efecto pequeño-mediano (Arslan, 2018b; Furlong *et al.*, 2014; Ito *et al.*, 2015; Lee *et al.*, 2016; Pennell *et al.*, 2015; Petrulytė y Guogienė, 2018; Telef y Furlong, 2017a; Wroblewski *et al.*, 2019; You *et al.*, 2014). En este sentido, los resultados de nuestro estudio se muestran de nuevo coincidentes, hallándose diferencias de mayor relevancia clínica en los subfactores que componen dichas variables: empatía y apoyo de iguales en las mujeres; autoconocimiento emocional, autocontrol y entusiasmo en los hombres. De igual modo, los datos sugieren menor disposición de fortalezas psicológicas y mayores problemas psicológicos, interiorizados y exteriorizados, a medida que avanza la edad, tal y como advirtieron previamente otros trabajos (Pennell *et al.*, 2015; Petrulytė y Guogienė, 2018). En contraposición, You *et al.* (2014) identificaron puntuaciones más altas en competencias socioemocionales en el grupo de mayor edad, mientras que Lenzi, Dougherty, *et al.* (2015) no hallaron diferencias de sexo ni edad en fortalezas psicológicas.

En tercer lugar, y de forma análoga a investigaciones antecedentes, el análisis correlacional mostró una magnitud de asociación mediana y significativa ( $p < 0,001$ ) entre el constructo covitalidad y la escala de problemas psicológicos y la sintomatología interiorizada y exteriorizada (p. ej., Arslan, 2018a; Dowdy, Dever, Raines y Moffa, 2016; Dowdy *et al.*, 2018; Fullchange y Furlong, 2016; Kim *et al.*, 2014; Kim *et al.*, 2017; Lenzi, Dougherty, *et al.*, 2015; Moffa *et al.*, 2016; Moore



et al., 2019; Telef y Furlong, 2017a; Xie et al., 2017; You et al., 2014). Se considera interesante señalar que el estudio de la covitalidad ha examinado además su relación con otras variables no contempladas en el presente trabajo. Así, se ha demostrado que niveles elevados en competencia socioemocional se asocian positiva y significativamente con el bienestar psicológico, la calidad y la satisfacción con la vida (p. ej., Arslan, 2018b; Boman et al., 2017; Iida et al., 2018; Lee et al., 2016; Pašková, 2017; Pennell et al., 2015; Telef y Furlong, 2017b; You et al., 2018), el rendimiento académico (Arslan, 2018a; Kim et al., 2017), la conducta prosocial (Ito et al., 2015; Moore et al., 2019) y la capacidad de resiliencia (Telef y Furlong, 2017a). Por el contrario, niveles bajos en covitalidad se vinculan al consumo de sustancias (Furlong et al., 2014; Lenzi, Dougherty, et al., 2015), el uso problemático de internet y las redes sociales (Marino et al., 2017), el absentismo escolar (Wroblewski et al., 2019), las dificultades de aprendizaje (Carnazzo et al., 2016), la victimización en dinámicas de acoso (Fullchange y Furlong, 2016; Lenzi, Furlong, et al., 2015) y los pensamientos suicidas en adolescentes (Lenzi, Dougherty, et al., 2015).

Por último, se realizaron análisis de regresión múltiple de tipo jerárquico para determinar la capacidad predictiva del modelo de covitalidad ante los problemas psicológicos. Anulando previamente la influencia de las variables sociodemográficas, la covitalidad ofreció una varianza total explicada de hasta el 30,6%, 30,9% y 23,8% para la escala de problemas psicológicos, emocionales y conductuales, respectivamente. Si bien los modelos de regresión considerando los cuatro y 12 subescalas presentaron mayor porcentaje de varianza total explicada, en proporción, atendiendo al número de variables predictoras que se contemplan, la capacidad predictiva con la aportación exclusiva de la covitalidad fue mayor. En relación, son diversos los estudios que advierten de un valor predictivo del modelo de covitalidad más alto al considerar la interacción de los factores y no tanto su acción individual (Boman et al., 2017; Furlong et al., 2014; Kim et al., 2014, 2019; Lenzi, Dougherty, et al., 2015). En cualquier caso, este trabajo supone una primera aproximación al estudio de la relación entre la covitalidad y la presencia de sintomatología inter y exteriorizada que, como recientemente ha informado una revisión metaanalítica, son un factor de riesgo clave para el desarrollo de un problema tan grave como es el suicidio en la adolescencia (Soto-Sanz et al., 2019, 2020).

Entre las principales limitaciones de este trabajo, se destacan los problemas de consistencia interna para las escalas de *Hiperactividad* y *Problema de relación con los iguales* del SDQ. Se consideró que la inadecuada medición de esta sintomatología podría repercutir en los resultados y, en consecuencia, influir negativamente en su asociación con el déficit de competencias socioemocionales. Por este motivo, los análisis se limitaron al examen de los problemas interiorizados y exteriorizados, y no a las subescalas del SDQ como se pretendía inicialmente. A pesar de que este instrumento es internacionalmente reconocido, en futuros estudios se recomienda el empleo de otro cuestionario para la evaluación de problemas emocionales y conductuales en adolescentes, que de forma previa haya mostrado adecuadas propiedades psicométricas en la práctica investigadora. Además, se sugiere calcular otros indicadores de consistencia interna más

actualizados, tales como el omega jerárquico o el Coeficiente H (Beland, Cousineau y Loye, 2017; McNeish, 2018).

El tamaño de la muestra y el diseño transversal de este estudio impiden asegurar que los modelos predictivos sean generalizables y consistentes en el tiempo. Por ello, resulta evidente la necesidad de analizar de forma longitudinal la capacidad predictora del modelo de covitalidad y disponer así de una base empírica que permita la creación de programas de desarrollo de estas competencias socioemocionales para la prevención y promoción de la salud mental en la adolescencia.

### Referencias

- Achenbach, T. M., Edelbrock, C. y Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3- year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 629-650.
- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V. y Althoff, R. R. (2016). Internalizing/externalizing problems: review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 55, 647-656.
- Arslan, G. (2018a). Exploring the effects of positive psychological strengths on psychological adjustment in adolescents. *Child Indicators Research*, 1-16.
- Arslan, G. (2018b). Social exclusion, social support and psychological wellbeing at school: a study of mediation and moderation effect. *Child Indicators Research*, 11, 897-918.
- Beland, S., Cousineau, D. y Loye, N. (2017). Using the McDonald's omega coefficient instead of Cronbach's alpha. *McGill Journal of Education*, 52, 791-804.
- Boman, P., Mergler, A. y Pennell, D. (2017). The effects of covitality on well-being and depression in Australian high school adolescents. *Clinical Psychiatry*, 3, 15.
- Carnazzo, K., Dowdy, E., Furlong, M. J. y Quirk, M. (2016). *An evaluation of the Social Emotional Health Survey-Secondary for use with students with learning disabilities: confirmatory factor analysis, measurement invariance, and comparative analyses* (Tesis Doctoral). Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/1ms6n8d3>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2ª ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A. y McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities, and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 47-57.
- Dowdy, E., Dever, B. V., Raines, T. C. y Moffa, K. (2016). A preliminary investigation into the added value of multiple gates and informants in universal screening for behavioral and emotional risk. *Journal of Applied School Psychology*, 32, 178-198.
- Dowdy, E., Furlong, M. J., Nylund-Gibson, K., Moore, S. y Moffa, K. (2018). Initial validation of the Social Emotional Distress Survey-Secondary to support complete mental health screening. *Assessment for Effective Intervention*, 0, 1-8.
- Fullchange, A. y Furlong, M. J. (2016). An exploration of effects of bullying victimization from a complete mental health perspective. *SAGE Open*. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244015623593>
- Furlong, M. J., You, S., Renshaw, T. L., O'Malley, M. D. y Rebelez, J. (2013). preliminary development of the positive experiences at school scale for elementary school children. *Child Indicators Research*, 6, 753-775.

- Furlong, M. J., You, S., Renshaw, T.L., Smith, D.C. y O'Malley, M. (2014). preliminary development and validation of the Social and Emotional Health Survey for secondary school students. *Social Indicators Research*, 117, 1011-1032.
- Furlong, M. J., You, S., Shishim, M. y Dowdy, E. (2017). Development and validation of the Social Emotional Health Survey-Higher Education version. *Applied Research in Quality of Life*, 12, 343-367.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, A., Lamping, D. L. y Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalizing and externalizing subscales instead of the hypothesized five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers, and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179-1191.
- Greenwood, P. J. y Saklofske, D. H. (2001) Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54, 81-108.
- Hidalgo-Vicario, M. I. y Ceñal, M. J. (2014). Adolescencia: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12, 1-46.
- IBM Corp. (2017). IBM SPSS Statistics for Windows (versión 25.0) [programa de ordenador]. Armonk, NY: Autor.
- Iida, J., Ito, A., Aoyama, I., Sugimoto, K., Endo, H. y Furlong, M. J. (2018). Development of Japanese version of Social Emotional Health Survey. *The Japanese Journal of Psychology*, 90, 32-41.
- Ito, A., Smith, D.C., You, S., Shimoda, Y. y Furlong, M. J. (2015). Validation and utility of the Social Emotional Health Survey-Secondary for Japanese students. *Contemporary School Psychology*, 19, 243-252.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tsang, A., Ustün, T. B., Vassilev, S., Viana, M. C. y Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 378-385.
- Kim, E. K., Dowdy, E., Furlong, M. J. y Sukkyung, Y. (2017). Mental health profiles and quality of life among Korean adolescents. *School Psychology International*, 28, 98-116.
- Kim, E. K., Furlong, M. J. y Dowdy, E. (2019, press). Adolescents' personality traits and positive psychological orientations: relations with emotional distress and life satisfaction mediated by school connectedness. *Child Indicators Research*, 2, 1-19.
- Kim, E. K., Furlong, M. J., Dowdy, E. y Felix, E. D. (2014). Exploring the relative contributions of the strength and distress components of dual-factor complete mental health screening. *Canadian Journal of School Psychology*, 29, 127-140.
- Lee, S., You, S. y Furlong, M. J. (2016). Validation of the Social Emotional Health Survey-Secondary for Korean Students. *Child Indicators Research*, 9, 73-92.
- Lenzi, M., Dougherty, D., Furlong, M. J., Sharkey, J. y Dowdy, E. (2015). The configuration protective model: factors associated with adolescent behavioral and emotional problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 38, 49-59.
- Lenzi, M., Furlong, M. J., Dowdy, E., Sharkey, J., Gini, G. y Altoè, G. (2015). The quantity and variety across domains of psychological and social assets associated with school victimization. *Psychology of Violence*, 5, 411-421.
- Marino, C., Hirst, C. M., Murray, C., Vieno, A. y Spada, M. M. (2017). Positive mental health as a predictor of problematic Internet and Facebook use in adolescents and young adults. *Journal of Happiness Studies*, 19, 1-14.

- McDonald, R. R. (1999). *Test theory: a unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- McNeish, D. (2018). Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychological Methods, 23*, 412-433.
- Moffa, K., Dowdy, E. y Furlong, M. J. (2016). Exploring the contributions of school belonging to complete mental health screening. *The Educational and Developmental Psychologist, 33*, 16-32.
- Moore, S. A., Dowdy, E., Nylund-Gibson, K. y Furlong, M. J. (2019). An empirical approach to complete mental health classification in adolescents. *School Mental Health, 11*, 438-453.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F. y Sastre i Riba, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: el Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del Psicólogo, 37*, 14-26.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Sastre i Riba, S. y Muñiz, J. (2017). Patterns of behavioral and emotional difficulties through adolescence: the influence of prosocial skills. *Anales de Psicología, 33*, 48-56.
- Pan Yan-Gu, Zhang Da-Jun, Chen Wan-Fen y Liu Guang-Zeng. (2016). Preliminary validation of the Social and Emotional Health Survey in Chinese secondary school students. *Chinese Journal of Clinical Psychology, 24*, 680-683.
- Pašková, L. (2017). Social emotional health of secondary school students. *The New Educational Review, 48*, 117-131.
- Pennell, C., Boman, P. y Mergler, A. (2015). Covitality constructs as predictors of psychological well-being and depression for secondary school students. *Contemporary School Psychology, 19*, 276-285.
- Petrulytė, A. y Guogienė, V. (2018) Adolescents social emotional health and empathy in Lithuanian sample. *International Journal of Psychology: A Biopsychosocial approach, 22*, 69-93.
- Piqueras, J. A., Marzo, J. C., Martínez-González, A. E., Rodríguez-Jiménez, T., Rivera-Riquelme, M., Falco, R. y Furlong, M. J. (2019). Adaptation and validation of the Social Emotional Health Survey-Secondary for Spanish-speakers' students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*, 4982.
- Piqueras, J. A., Mateu, O., Cejudo, J. y Pérez-González, J. C. (2019). Pathways into psychosocial adjustment in children: modeling the effects of trait emotional intelligence, social-emotional problems, and gender. *Frontiers in Psychology, 10*, 507.
- Piqueras, J. A., Salvador, M. D. C., Soto-Sanz, V., Mira, F. y Pérez-González, J. C. (2020). Strengths against psychopathology in adolescents: ratifying the robust buffer role of trait emotional intelligence. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*, 804.
- Rodríguez-Menchón, M., Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P. y Morales, A. (2020). Rumination, catastrophizing, and other-blame: the cognitive-emotional regulation strategies involved in anxiety-related life interference in anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*.
- Soto-Sanz, V., Castellví, P., Piqueras, J. A., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Roca, M. y Alonso, J. (2019). Internalizing and externalizing symptoms and suicidal behavior in young people: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 140*, 5-19.
- Soto-Sanz, V., Piqueras, J. A., García-Olcina, M., Rivera-Riquelme, M., Rodríguez-Marín, J. y Alonso, J. (2020). Relación entre conducta suicida y síntomas interiorizados en niños y adolescentes. *Psicología Conductual, 28*, 5-18.

- Tabachnick, B. G. y Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics* (3ª ed.). Nueva York, NY: Harper Collins College Publisher.
- Telef, B. B. y Furlong, M. J. (2017a). Adaptation and validation of the Social and Emotional Health Survey-Secondary into Turkish culture. *International Journal of School y Educational Psychology*, 5, 255-265.
- Telef, B. B. y Furlong, M. J. (2017b). Social and emotional psychological factors associated with subjective well-being: a comparison of Turkish and California adolescents. *Cross-Cultural Research*, 51, 491-520.
- Valero, J., Pérez, N. y Delgado, B. (2012). Desarrollo físico, psicológico, intelectual y social en la adolescencia. En N. Pérez, I. Navarro y M. P. Cantero (dirs.), *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez* (pp. 231-264). Alicante: ECU.
- Ventura-León, J. L. y Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15, 625-627.
- Wroblewski, A. P., Dowdy, E., Sharkey, J. D. y Kim, E. K. (2019). Social-emotional screening to predict truancy severity: recommendations for educators. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 21, 19-29.
- Xie, J., Liu, S., Yang, C. y Furlong, M. J. (2017). Chinese version of Social and Emotional Health Survey-Secondary. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 25, 1012-1026.
- You, S., Furlong, M. J., Dowdy, E., Renshaw, T. L., Smith, D.C. y O'Malley, M. D. (2014). Further validation of the Social and Emotional Health Survey for High School students. *Applied Research Quality Life*, 9, 997-1015.
- You, S., Furlong, M. J., Felix, E. D. y O'Malley, M. D. (2015). Validation of the Social and Emotional Health Survey for five sociocultural groups: multigroup invariance and latent mean analyses. *Psychology in the Schools*, 52, 349-362.
- You, S., Lim, S. A. y Kim, E. K. (2018). Relationships between social support, internal assets, and life satisfaction in Korean adolescents. *Journal of Happiness Studies*, 19, 897-915.

RECIBIDO: 15 de diciembre de 2019

ACEPTADO: 16 de julio de 2020