

## **SUBTIPOS DE DIFICULTADES DE SALUD MENTAL Y NIVELES DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES**

Jose A. Piqueras<sup>1</sup>, Pilar Rico-Bordera<sup>1</sup>, Francisco J. López-Fernández<sup>2</sup>  
Josefa Canals<sup>3</sup>, Lourdes Espinosa-Fernández<sup>4</sup>, Manuel Vivas-Fernández<sup>4</sup> y Equipo PROCARE<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad Miguel Hernández; <sup>2</sup>Universidad Jaume I;  
<sup>3</sup>Universidad Rovira i Virgili; <sup>4</sup>Universidad de Jaén (España)

### **Resumen**

Las dificultades emocionales y conductuales son comunes entre los adolescentes y el papel de la resiliencia psicológica en su impacto necesita más investigación. Este estudio pretende examinar los perfiles de dificultades de salud mental combinados con los niveles de resiliencia en 1.425 adolescentes españoles en situación de riesgo. Los perfiles de salud mental se determinaron mediante el "Cuestionario de fortalezas y dificultades" y la "Escala de resiliencia de Connor-Davidson" (CD-RISC-10) y se compararon para variables sociodemográficas y asociadas a la salud mental. Surgieron cinco perfiles: Subclínico (16%), Problemas exteriorizados (19%), Problemas interiorizados (22%), Bajo riesgo (32,5%) y Bien adaptado (10%). Las mujeres presentaban mayor riesgo. Los perfiles Bien adaptado y Bajo riesgo difirieron significativamente en todas las variables. El perfil Bien adaptado presentó la menor angustia y dificultades psicosociales y la mayor calidad de vida; mientras que el perfil Subclínico mostró el patrón opuesto. La identificación y validación de los grupos de riesgo de dificultades emocionales y conductuales, teniendo en cuenta la resiliencia, permite realizar intervenciones que promuevan el bienestar emocional y prevengan los problemas de salud mental.

**PALABRAS CLAVE:** *salud mental, dificultades conductuales, dificultades emocionales, resiliencia.*

### **Abstract**

Emotional and behavioral difficulties are common among adolescents, and the role of psychological resilience in mitigating their impact needs further

---

Este trabajo ha sido financiado por la Agencia Estatal de Investigación [Proyecto PID2019-111138RB-I00/AEI/10.13039/501100011033] y parcialmente por la RED2022-134247-T Network for the PROMotion of EMOTional Health and Wellbeing of Adolescents (PROEMO), por la Research Network on Chronicity, Primary Care and Prevention and Health Promotion (RICAPPS), por el Ministerio de Universidades español [financiación para la Formación del Profesorado Universitario, FPU19/02233] y de la Unión Europea - NextGenerationEU (MGS/2021/02).

Equipo Procure: Luis-Joaquín García-Lopez, María del Mar Díaz-Castela, David Jiménez-Vázquez, Eva M<sup>ª</sup> Parras-Blanca, Paula Morales-Hidalgo, Jose A. Muela-Martínez y María Rivera-Riquelme.

*Correspondencia:* Francisco J. López-Fernández, Av. de Vicent Sos Baynat, s/n, 12071 Castellón de la Plana (España) E-mail: [frlopez@uji.es](mailto:frlopez@uji.es)

investigation. This study aimed to examine profiles of mental health difficulties combined with resilience levels in 1,425 Spanish adolescents at-risk. The participants were 1425 adolescents (59.9% girls). Mental health profiles were determined using the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) via Latent Profile Analysis, and compared for sociodemographic variables and mental health associated variables. Five profiles emerged: Subclinical (16%), Externalizing Problems (19%), Internalizing Problems (22%), Low Risk (32.5%), and Well-Adjusted (10%). Females had higher risk. Well-Adjusted and Low-Risk profiles differed significantly in all variables. Well-Adjusted profile had the lowest distress and psychosocial difficulties, and the highest quality of life; while the Subclinical profile showed the opposite pattern. Identifying and validating risk groups for emotional and behavioral difficulties, considering resilience, enables interventions promoting emotional well-being and preventing mental health challenges.

KEY WORDS: *mental health, behavioral difficulties, emotional difficulties, resilience.*

## Introducción

Los problemas de salud mental son frecuentes durante la adolescencia (Bitsko *et al.*, 2022; Canals *et al.*, 2018, 2019; Patton *et al.*, 2014; Polanczyk *et al.*, 2015). En consecuencia, la gravedad de los problemas de salud mental aumenta considerablemente de la infancia a la adolescencia (Costello *et al.*, 2003). En este sentido, las dificultades psicológicas durante la adolescencia pueden aumentar el riesgo de desarrollar trastornos mentales en la edad adulta (Fergusson *et al.*, 2005; Patton *et al.*, 2014).

Por lo tanto, la detección precoz de las dificultades psicológicas es crucial para reducir sus consecuencias negativas (Bitsko *et al.*, 2022). El "Cuestionario de fortalezas y dificultades" (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ; Goodman, 1997) es una de las herramientas de cribado más utilizadas para explorar indicadores de salud mental entre niños y adolescentes. El SDQ engloba cuatro factores de dificultad (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con los compañeros) y un factor de fortaleza consistente en conductas prosociales. Su versión autoinformada ha mostrado propiedades psicométricas razonablemente adecuadas entre muestras españolas (Español-Martín *et al.*, 2021).

Las dificultades emocionales y conductuales suelen ser comórbidas y aquellos adolescentes con mayor comorbilidad tienden a presentar resultados más perjudiciales (Knappe *et al.*, 2022). Para tratar esta heterogeneidad psicopatológica en la investigación a través de los individuos, se conciben métodos orientados a la persona, como el Análisis de Perfiles Latentes (LPA in English), para identificar subtipos de perfiles con patrones distintivos de características (Nurius and Mac, 2008). En consecuencia, algunos estudios han explorado la existencia de diferentes perfiles a través de métodos orientados a la persona utilizando el SDQ en adolescentes. En esta línea, Ortuño-Sierra *et al.* (2016) encontraron una solución de cinco grupos entre adolescentes españoles empleando el análisis iterativo de clases de K-means: "sin dificultades y altas puntuaciones prosociales", "altas

dificultades y bajas puntuaciones prosociales”, “altos en hiperactividad y bajos en el resto de subescalas de dificultades, y altos en capacidades prosociales”, “altos en problemas emocionales y con los iguales, relativamente bajos en conducta e hiperactividad, y altos en capacidades prosociales”, y finalmente “problemas de hiperactividad e intermedios en el resto de subescalas de dificultades, y en capacidades prosociales”. Por el contrario, otro estudio realizado entre adolescentes españoles identificó tres subgrupos homogéneos de salud mental mediante LPA: grupo de bajo riesgo, con puntuaciones bajas en las variables de dificultad y altas en conducta prosocial, grupo exteriorizado, con puntuaciones altas en problemas de conducta e hiperactividad, y grupo interiorizado, con puntuaciones altas en problemas con los compañeros y problemas emocionales (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2020). Además, un estudio chino que empleó el Análisis de Clases Latentes (LCA in English), que asumía las puntuaciones del SDQ como variables categóricas, encontró tres grupos: “grupo bien adaptado” con puntuaciones bajas en problemas y altas en conducta prosocial, “grupo con altas dificultades” con puntuaciones altas en todos los problemas y niveles moderados de conducta prosocial, y “grupo poco colaborador” con puntuaciones bajas en problemas y conducta prosocial (Ling *et al.*, 2016).

Considerar otros puntos fuertes aparte del comportamiento prosocial junto con los problemas psicológicos cuando se determinan los análisis de grupo es obligatorio para conseguir una mejor imagen del ajuste psicológico. Así, factores como la resiliencia psicológica pueden ayudar a amortiguar el impacto de estas dificultades y promover mejores resultados de salud mental. La resiliencia es el resultado de adaptaciones activas y dinámicas a la adversidad, en contraposición a una respuesta pasiva. Mientras que las perspectivas anteriores enmarcaban la resiliencia de una manera dicotómica, la literatura reciente, como el trabajo de Kalisch *et al.* (2017), Masten *et al.* (2021) y Zhang *et al.* (2023), hace hincapié en que implica tanto el aumento de los resultados positivos como la disminución de los resultados negativos frente a los desafíos. De este modo, la resiliencia se asocia con mayores niveles de satisfacción vital y afecto positivo y menores síntomas de depresión y ansiedad (Bitsko *et al.*, 2022; Hu *et al.*, 2015). En consecuencia, las intervenciones centradas en la resiliencia conducen a una disminución de los niveles de depresión y estrés (Ang *et al.*, 2022). La capacidad diferenciadora de esta variable sobre el estado de salud mental también se ha comprobado en un estudio que identificó tres perfiles de niveles de resiliencia basados en aspectos de perseverancia y enfoque optimista de la vida utilizando LPA (Duan *et al.*, 2020). Los perfiles extraídos (grupos de fortaleza, común y riesgo) presentaron diferencias significativas entre sí en la calidad de las relaciones con los iguales, el bienestar mental, la soledad, la ansiedad, la depresión y el estrés. Se han desarrollado numerosos instrumentos para evaluar la resiliencia, siendo la “Escala de resiliencia de Connor-Davison” (CD-RISC; Connor y Davidson, 2003) uno de los más utilizados y con mejores propiedades psicométricas (Windle *et al.*, 2011). En este sentido, cuando se comprueba la bondad de diferentes modelos CD-RISC en adolescentes, el modelo unidimensional CD-RISC-10 (Campbell-Sills y Stein, 2007), basado en rasgos de dureza y persistencia, emerge como el mejor (López-Fernández *et al.*, 2024).

Investigaciones anteriores han examinado la homogeneidad de los subgrupos de adolescentes con puntos fuertes y dificultades a través del SDQ y han identificado subgrupos con diferentes niveles de resiliencia utilizando LPA. Sin embargo, aún no se ha explorado la relación entre la resiliencia psicológica y las dificultades de salud mental en adolescentes, empleando métodos orientados a la persona, ni el impacto subsiguiente en los resultados de salud mental. Este estudio pretendía investigar los perfiles de riesgo para la salud mental en adolescentes españoles en función de sus dificultades emocionales y conductuales y de sus niveles de resiliencia y conducta prosocial. Además, se examinarán las relaciones diferenciales entre los perfiles identificados y las variables sociodemográficas (edad y sexo), y los indicadores de salud mental como los síntomas de ansiedad y depresión, la calidad de vida relacionada con la salud y las dificultades psicosociales (exclusión social, miedo al Covid-19, hábitos de vida poco saludables, preocupaciones por el peso y la imagen corporal, y relación con los padres). Las dificultades psicosociales como la exclusión social, el miedo al Covid-19, los hábitos de vida poco saludables, las preocupaciones por el peso y la imagen corporal, y la relación con los padres se han considerado previamente como factores de riesgo potenciales cruciales, con el objetivo de mejorar el funcionamiento y el bienestar de los adolescentes (Anniko *et al.*, 2019; Loewen *et al.*, 2019; Weitkampy Seiffge-Krenke, 2019) y servir como medida preventiva contra la progresión a trastornos clínicos más graves (Caldas, 2023). Se espera determinar perfiles según el riesgo de gravedad y diferenciados por sintomatología exteriorizada e interiorizada (Duan *et al.*, 2020; Fonseca-Pedrero *et al.*, 2020; Ortuño-Sierra *et al.*, 2016).

## Método

### *Participantes*

La muestra estaba formada por 1.425 adolescentes españoles de entre 12 y 18 años ( $M= 14,34$ ;  $DT= 1,76$ ). De ellos, 854 autodeclararon su sexo como femenino (59,9%), 555 como masculino (38,9%) y 16 como género no binario (1,1%). Puede encontrarse más información sociodemográfica en Vivas-Fernández *et al.* (2023).

### *Instrumentos*

- a) “Escala de resiliencia de Connor-Davidson” (*Connor-Davidson Resilience Scale*, CD-RISC-10; Campbell-Sills y Stein, 2007). La CD-RISC-10 consta de diez ítems, evaluados en una escala tipo Likert con opciones de respuesta que van de 0 (nada) a 4 (casi siempre). La puntuación total se calcula sumando de manera directa las puntuaciones, por lo que a mayor puntuación mayor grado de resiliencia. Para este estudio se utilizó la versión española de la CD-RISC-10, que ha demostrado previamente sólidas propiedades psicométricas en adolescentes, incluyendo una estructura unifactorial robusta, invariancia de medición entre géneros, alta consistencia interna ( $\omega= 0,82$ ) y una fuerte

- validez de criterio, confirmando su fiabilidad y validez como herramienta para evaluar la resiliencia en esta población (López-Fernández *et al.*, 2024).
- b) "Cuestionario de fortalezas y dificultades" (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ; Goodman, 1997). El SDQ evalúa problemas emocionales y de conducta en niños y adolescentes. Los ítems se agrupan en 5 subescalas: síntomas emocionales, problemas de relación con los iguales, problemas de conducta, hiperactividad/inatención y conducta prosocial. Las dos primeras subescalas cubren problemas interiorizados y la tercera y cuarta subescalas cubren problemas exteriorizados. Consta de 25 ítems con un formato de respuesta tipo Likert que va de 0 a 2 (de "nada cierto" a "totalmente cierto"). Las diferentes escalas se calculan sumando de manera directa las puntuaciones, por lo que a mayor puntuación mayor grado en cada constructo evaluado. La versión autoinformada ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas para adolescentes españoles con valores de consistencia interna (Omega de McDonald) en torno a 0,70.
  - c) "Escala revisada de ansiedad y depresión Infantil" (*Revised Child Anxiety and Depression Scale*; RCADS-30; Chorpita *et al.*, 2020), versión española de Sandín *et al.* (2010). La RCADS-30 consta de 30 ítems que evalúan síntomas de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. La puntuación global, que se calcula mediante el sumatorio de todos los ítems, es un indicador de malestar general y se interpreta entendiendo que a mayor puntuación mayor es el nivel de malestar general. Presenta excelentes propiedades psicométricas con valores altos de consistencia interna ( $\alpha = 0,93$ ) en población española (Pineda *et al.*, 2018).
  - d) "Índice KIDSCREEN-10" (Ravens-Sieberer *et al.*, 2010). El KIDSCREEN-10 consta de 10 ítems y mide la salud subjetiva y el bienestar psicológico, mental y social de niños y adolescentes. La puntuación total se calcula a partir del sumatorio de ítems, indicando una mayor puntuación una mejor calidad de vida. Los índices de fiabilidad (alfa de Cronbach) estuvieron en torno a 0,82 en 13 países europeos participantes, entre los cuales se incluyó España (Ravens-Sieberer *et al.*, 2010).
  - e) "Cyberbullying" (Garaigordobil, 2013). Esta escala mide la frecuencia en la que el participante ha sido (ciber)victimizado durante el último año. Este instrumento utiliza un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, indicando una puntuación mayor una mayor (ciber)victimización. Las propiedades psicométricas del instrumento son adecuadas, con coeficientes alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,91. Además, se incluye de forma *ad-hoc* la pregunta: "¿Alguna vez te has sentido discriminado por algún motivo (p. ej., por ser parte de la comunidad LGBTIQ+, ser migrante, refugiado, de otra etnia, por tu religión o idioma)?" para evaluar el riesgo de exclusión social.
  - f) "Escala de miedo al COVID-19" (*Fear of COVID-19 Scale*; FCV-19S; Ahorsu *et al.*, 2022). La FCV-19S se empleó para evaluar la preocupación y el estrés asociados a la COVID-19. La escala consta de 7 ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos y que se suman para obtener la puntuación total. Una mayor puntuación indica un mayor miedo al COVID-19. Las

- propiedades psicométricas del instrumento son excelentes para muestras españolas ( $\alpha=0,86$ ;  $\omega=0,86$ ) (Piqueras *et al.*, 2023).
- g) "Cuestionario *ad-hoc* de hábitos de vida relacionados con la salud". Este cuestionario de 9 preguntas fue diseñado para detectar hábitos de vida poco saludables para los resultados relacionados con la salud, como el consumo regular de sustancias (alcohol, tabaco o cannabis), tiempo diario de pantalla superior a cuatro horas, dificultades para dormir (como problemas para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche o fatiga matutina) e insatisfacción corporal (preocupación por el aspecto físico o el peso e insatisfacción con el aspecto físico). Se corrige considerando la presencia o ausencia de alguno de estos factores de riesgo. El alfa de Cronbach en un estudio previo fue de 0,73 (Vivas-Fernández *et al.*, 2023).
- h) "Entrevista estructurada para la evaluación de la emoción expresada: versión infantil" (E5cv; Muela-Martínez *et al.*, 2021). La E5cv se utilizó para evaluar la interacción paterno-filial en términos de emoción expresada: crítica, hostilidad generalizada, rechazo hostil, desesperanza y abnegación. Es una entrevista estructurada de cinco ítems con cinco opciones de respuesta. Cada ítem cubre una dimensión de la Emoción Expresada mencionadas. A mayor puntuación en el ítem mayor grado de emoción expresada en cada dimensión. La escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas en adolescentes españoles con sintomatología de ansiedad ( $\alpha=0,81$ ).

### *Procedimiento*

La muestra fue recogida a través de anuncios para participar en una encuesta dirigida a jóvenes de 12-18 años en España, para detectar e intervenir precozmente en aquellos con riesgo de desarrollar problemas emocionales. El marco temporal del reclutamiento fue durante el curso 2020/2021, que coincidió en España con la vuelta a la escolarización presencial tras la primera fase aguda del brote de COVID-19. Durante este periodo, todavía existían restricciones sociales (es decir, no era posible tener reuniones de más de 5 personas). Se solicitó el consentimiento informado del adolescente y su tutor de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

Este estudio se enmarca en el proyecto PROCARE, que recibió la aprobación de la Junta de Revisión Institucional (IRB) y siguió las normas y directrices de la Asociación Americana de Psicología (APA) para la práctica de la telepsicología (2013). Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad; ID: GEN-3461-aab8-41a3-85c2-ca28-5102-cdda-8d53. Los datos están disponibles previa solicitud al autor correspondiente. Se puede encontrar más información sobre el procedimiento completo, como el reclutamiento y la recopilación de datos en Vivas-Fernández *et al.* (2023).

### *Análisis de datos*

La consistencia interna de las medidas se evaluó mediante los coeficientes Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y Omega de McDonald ( $\omega$ ). Estos estadísticos se calcularon

utilizando IBM SPSS v. 23 y Jamovi (The Jamovi Project, 2021). Posteriormente, se emplearon el coeficiente de correlación de Pearson (para variables continuas) y el coeficiente de correlación de rangos de Spearman (para variables dicotómicas) para examinar las asociaciones entre variables.

Se realizó un LPA para explorar la distribución de los adolescentes en términos de dificultades y fortalezas de salud mental. Para ello, se utilizaron las siguientes variables para obtener los perfiles: dificultades de las subescalas de síntomas del SDQ (como indicador de salud mental) y conducta prosocial (SDQ) y resiliencia (CDRISC-10) como fortalezas psicológicas. Para este análisis se utilizó el programa estadístico MPLUS (versión 8.7). Para mitigar la influencia de los errores de medición y tener en cuenta la distribución no normal de la muestra del estudio (Justice *et al.*, 2011), el LPA se realizó utilizando puntuaciones factoriales derivadas de las seis variables. Posteriormente, se generaron perfiles basados en estas puntuaciones factoriales calculadas. Para determinar el número óptimo de perfiles, se examinaron modelos que oscilaban entre 1 y 8 perfiles. Se calcularon los índices de ajuste de cada modelo y se seleccionó la combinación de índices de ajuste que satisfacía los siguientes criterios: valores del test de razón de verosimilitud (*likelihood ratio test*, LRT) que alcanzaran un nivel significativo ( $p \leq 0,05$ ), lo que indicaba un ajuste del modelo en comparación con el ajuste del modelo con perfiles  $k-1$ ; valores más pequeños de logaritmo de verosimilitud (*log-likelihood*, LL), criterio de información Akaike (*Akaike information criteria*, AIC) y criterio de información bayesiano ajustado por tamaño de la muestra (*sample size adjusted bayesian information criteria*, SSA-BIC), que indicaban un ajuste superior del modelo en comparación con valores más altos; y un valor de entropía cercano a 1. Además, se tuvo en cuenta que el subgrupo más pequeño dentro de cada modelo comprendiera un porcentaje razonable de participantes (superior al 5%), ya que un subgrupo excesivamente pequeño no representaría eficazmente un perfil distinto (Marsh *et al.*, 2009; Morin *et al.*, 2016). Tras la identificación del modelo de perfil óptimo, se utilizó el análisis de regresión logística empleando el método de tres pasos (función R3STEP) en MPLUS para estimar las probabilidades (*odds ratios*) de pertenecer a perfiles específicos basados en variables de sexo y edad.

Además, también se analizaron las diferencias entre los perfiles obtenidos en cuanto a las dificultades para la exclusión social, las situaciones relacionadas con el estrés, los hábitos de vida poco saludables y la interacción padres-hijos, así como la angustia general y la calidad de vida percibida por los adolescentes. Para ello, se calcularon las puntuaciones factoriales de estas escalas y se realizó un análisis multivariante de la varianza (MANOVA).

## Resultados

Los análisis descriptivos, los índices de fiabilidad y las correlaciones bivariadas entre todas las variables se muestran en los materiales suplementarios (anexos 1 y 2).

El LPA dio lugar a modelos de uno a ocho perfiles (tabla 1). Para decidir qué modelo sería el óptimo, en primer lugar, se rechazaron las soluciones con seis, siete y ocho perfiles porque el valor de la LRT no alcanzaba el nivel de significación

( $p > 0,05$ ). Además, los modelos de siete y ocho perfiles presentaban conglomerados con un porcentaje muy pequeño de participantes, que podrían no estar presentando realmente un perfil latente singular (Marsh *et al.*, 2009). En segundo lugar, se examinaron los índices de ajuste del resto de modelos posibles (de dos a cinco perfiles) y se consideró que la combinación entre los valores más bajos de LL, AIC y SSA-BIC y los valores más altos de entropía era la mejor. Por lo tanto, tanto la solución de cuatro como la de cinco perfiles parecían ser las más ventajosas. No obstante, cabe señalar que el modelo de cuatro perfiles carecía de interacciones observadas entre las variables de perfil, lo que indica que sus resultados estadísticos podrían no diferir significativamente de los que se obtendrían mediante un análisis correlacional. Por consiguiente, el modelo de cinco perfiles se consideró finalmente la opción óptima.

**Tabla 1**  
Índices de ajuste para cada modelo del análisis del perfil latente

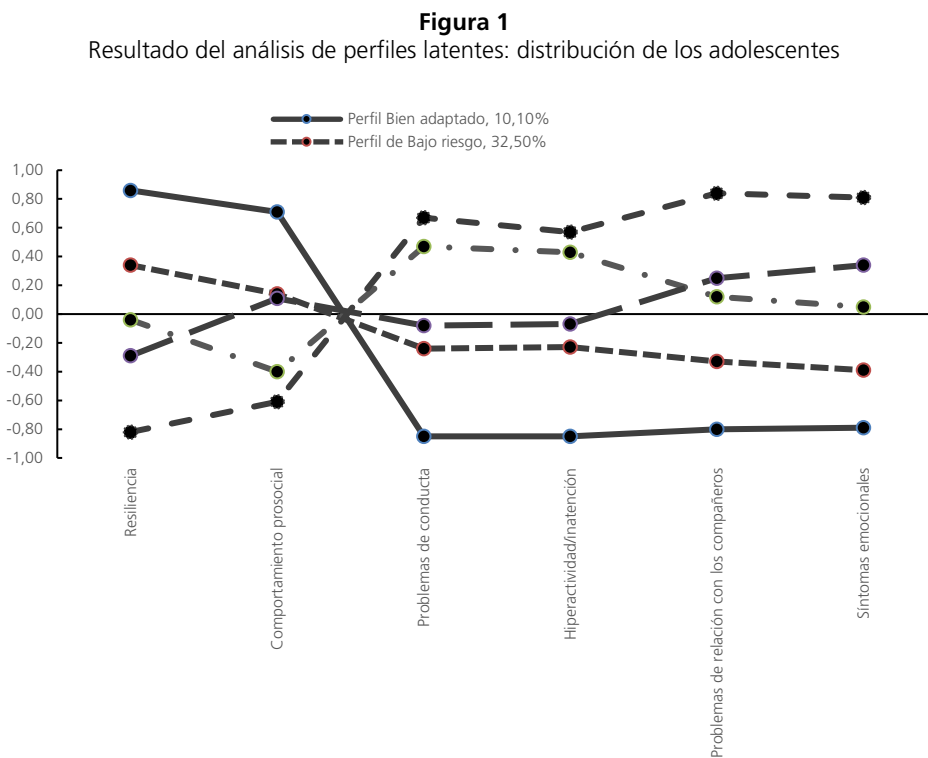
Perfiles	Parámetros	LL	AIC	SSA-BIC	LRT $\rho$	Entropía	% Subgrupo más pequeño
1	12	-	14901,923	14926,946	-	-	-
2	19	-7438,961	11869,259	11908,879	0	0,833	47,65%
3	26	-5915,629	10680,314	10734,531	0,00	0,848	23,38%
4	33	-5314,157	10156,984	10225,798	0,00	0,84	11,11%
5	40	-5045,492	9796,472	9879,883	0,05	0,818	10,14%
6	47	-4858,236	9548,869	9646,877	0,80	0,815	7,00%
7	54	-4727,434	9305,304	9417,909	0,21	0,819	4,90%
8	61	-4598,652	9137,175	9264,377	0,20	0,825	4,68%

Nota: LL= logaritmo de verosimilitud; AIC= criterio de información Akaike; SSA-BIC= criterio de información Bayesiano ajustado por tamaño de la muestra; LRT= test de razón de verosimilitud.

Se obtuvieron cinco perfiles del modelo: 1) un perfil de adolescentes caracterizado por tener las puntuaciones más altas en los niveles de resiliencia y en la conducta prosocial, y las puntuaciones más bajas en las dificultades emocionales y conductuales, en adelante denominado perfil Bien adaptado (10,10% de la muestra); 2) un perfil caracterizado por tener puntuaciones medias-altas en los niveles de resiliencia, puntuaciones medias en la conducta prosocial, y puntuaciones medias-bajas en las dificultades emocionales y conductuales, en adelante denominado perfil de Riesgo bajo (32,50% de la muestra); 3) un perfil caracterizado por puntuaciones medias en los niveles de resiliencia, puntuaciones medias-bajas en el comportamiento prosocial, puntuaciones medias en las dificultades interiorizadas y puntuaciones medias-altas en las dificultades exteriorizadas, en adelante denominado perfil de Riesgo de problemas exteriorizados (19,10% de la muestra); 4) un perfil caracterizado por puntuaciones medias-bajas en los niveles de resiliencia, puntuaciones medias en la conducta prosocial y en los síntomas exteriorizados y puntuaciones medias-altas en los síntomas interiorizados, en adelante denominado perfil de Riesgo de problemas interiorizados (21,80% de la muestra); y 5) un perfil caracterizado por las puntuaciones más bajas en los niveles de resiliencia y en la conducta prosocial y las puntuaciones más altas en las dificultades emocionales y conductuales, en adelante denominado perfil Subclínico (16,40% de la muestra). Esta distribución se



muestra en la figura 1 y sus estadísticas descriptivas pueden consultarse en la tabla 2.



**Tabla 2**  
Medias y errores estándar de la solución de 5 perfiles latentes

Variables	Perfil Bien adaptado (n= 143)		Perfil de Bajo riesgo (n= 468)		Perfil de Riesgo de problemas exteriorizados (n= 273)		Perfil de Riesgo de problemas interiorizados (n= 304)		Perfil Subclínico (n= 237)	
	M	EE	M	EE	M	EE	M	EE	M	EE
Resiliencia	0,86	0,06	0,34	0,04	-0,04	0,08	-0,29	0,05	-0,82	0,05
Comportamiento prosocial	0,71	0,06	0,14	0,05	-0,40	0,07	0,11	0,05	-0,61	0,07
Problemas de conducta	-0,85	0,06	-0,24	0,05	0,47	0,06	-0,08	0,06	0,67	0,05
Hiperactividad/inatención	-0,85	0,07	-0,23	0,05	0,43	0,06	-0,07	0,07	0,57	0,04
Problemas de relación con los compañeros	-0,80	0,04	-0,33	0,04	0,12	0,08	0,25	0,06	0,84	0,06
Síntomas emocionales	-0,79	0,05	-0,39	0,04	0,05	0,09	0,34	0,06	0,81	0,05

**Tabla 3**  
Medias y errores estándar de las dificultades psicosociales y de las variables asociadas a la salud mental de los adolescentes en todos los perfiles latentes (MANOVA)

Perfiles	Exclusión social		Situaciones relacionadas con el estrés		Hábitos de vida no saludables		Interacción padres-hijos		Angustia general		Calidad de vida	
	M	ES	M	ES	M	ES	M	ES	M	ES	M	ES
Bien adaptado (n= 143)	-0,75 <sup>2,3,4,5</sup>	0,04	-0,30 <sup>2,3,4,5</sup>	0,05	-0,50 <sup>2,3,4,5</sup>	0,03	-0,61 <sup>2,3,4,5</sup>	0,04	-0,78 <sup>2,3,4,5</sup>	0,04	0,81 <sup>2,3,4,5</sup>	0,04
Bajo riesgo (n= 468)	-0,28 <sup>3,4,5</sup>	0,03	-0,08 <sup>1,4,5</sup>	0,03	-0,18 <sup>3,4,5</sup>	0,01	-0,22 <sup>1,3,4,5</sup>	0,02	-0,34 <sup>1,5,4,5</sup>	0,02	0,35 <sup>1,3,4,5</sup>	0,02
Riesgo de problemas exteriorizados (n= 273)	0,18 <sup>1,2,5</sup>	0,03	-0,02 <sup>1,4</sup>	0,04	0,03 <sup>1,2,4,5</sup>	0,02	0,19 <sup>1,2,5</sup>	0,03	0,03 <sup>1,2,4,5</sup>	0,03	-0,05 <sup>1,2,4,5</sup>	0,03
Riesgo de problemas interiorizados (n= 304)	0,27 <sup>1,2,5</sup>	0,03	0,24 <sup>1,2,3</sup>	0,04	0,15 <sup>2,3,5</sup>	0,02	0,11 <sup>1,2,5</sup>	0,03	0,31 <sup>1,2,3,5</sup>	0,03	-0,26 <sup>1,2,3,5</sup>	0,02
Subclínico (n= 237)	0,72 <sup>1,2,3,4</sup>	0,04	0,14 <sup>1,2</sup>	0,04	0,45 <sup>1,2,3,4</sup>	0,02	0,51 <sup>1,2,3,4</sup>	0,03	0,74 <sup>1,2,3,4</sup>	0,03	-0,78 <sup>1,2,3,4</sup>	0,03
F (4, 1425)	235,21 <sup>1,***</sup>		24,60 <sup>***</sup>		282,49 <sup>***</sup>		136,84 <sup>***</sup>		398,79 <sup>***</sup>		458,28 <sup>***</sup>	
$\eta_p^2$	0,40		0,07		0,44		0,28		0,53		0,56	

Notas: Los superíndices se refieren a perfiles significativamente diferentes (NC= 95%). \*\*p< 0,001.

Para establecer las probabilidades de riesgo de pertenecer a un perfil u otro según las variables sociodemográficas, es decir, según el sexo y la edad, se obtuvieron las *odds ratios* (anexo 3 del material suplementario). Los datos mostraron que ser mujer podría ser una condición de riesgo asociada a perfiles con mayor riesgo de padecer dificultades de salud mental (*odds ratios* entre 2,66 y 5,91). Más concretamente, las mujeres tienen una probabilidad entre 3,77 y 5,91 veces mayor de pertenecer al perfil Subclínico y entre 2,66 y 4,16 veces de pertenecer al perfil Riesgo de problemas interiorizados en comparación con los perfiles Riesgo de problemas exteriorizados, Bajo riesgo y Bien adaptado, respectivamente. En cuanto a la edad, los resultados mostraron que ser mayor es otro factor de riesgo para ser clasificado en perfiles de mayor riesgo, aunque en menor medida (*odds ratios* entre 1,16 y 1,35).

En cuanto a la comparación entre los perfiles obtenidos con el LPA y las variables asociadas a la salud mental, el análisis MANOVA mostró diferencias significativas (tabla 3). En concreto, los datos mostraron que el perfil Bien adaptado era significativamente diferente de los demás perfiles en todas las variables de estudio. Para el resto de los perfiles también se encontraron diferencias entre ellos en la mayoría de las variables, con diferencias entre todos ellos en las variables de hábitos de vida poco saludables, angustia general y calidad de vida.

## Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo investigar los perfiles de los problemas de salud mental de los adolescentes en situación de riesgo durante el curso 2020/2021, que coincidió en España con la vuelta a la escolarización presencial tras la primera fase aguda del brote de COVID-19. El estudio examinó la combinación de las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes junto con los niveles de resiliencia para identificar distintos subgrupos de riesgo para la salud mental.

Los resultados revelaron la presencia de cinco perfiles distintos de riesgo para la salud mental entre los participantes: Bien adaptado, Bajo riesgo, Riesgo de problemas exteriorizados, Riesgo de problemas interiorizados y Subclínico. Estos perfiles mostraban patrones diferenciales en términos de variables asociadas a la salud mental y dificultades psicosociales. Aproximadamente el 16% de los participantes mostraron perfiles consistentes con un trastorno mental "subclínico", mientras que el 41% de los adolescentes puntuaron como de riesgo en términos de dificultades de salud mental y baja resiliencia. Por el contrario, el 32,5% se clasificó como de bajo riesgo, y sólo el 10% mostró una alta salud mental positiva, calidad de vida relacionada con la salud y una fuerte resiliencia. La tasa de prevalencia de trastornos mentales subclínicos es coherente con las tasas globales de problemas clínicos de alrededor del 10-15%, como las comunicadas por Polanczyk *et al.* (2015) o Bitsko *et al.* (2022). Del mismo modo, las tasas de prevalencia de riesgo de problemas interiorizados y exteriorizados son similares a las reportadas por Ortuño-Sierra *et al.* (2016) y Fonseca-Pedrero *et al.* (2020), mientras que las tasas de participantes con puntuaciones consistentes con un

ajuste adecuado son más bajas en general que las encontradas en Ortuño-Sierra *et al.* (2016), Fonseca *et al.* (2020) o Ling *et al.* (2016), aunque los datos de comparación no pertenecen exactamente a los mismos grupos y, por lo tanto, no son directamente comparables.

La identificación de estos distintos perfiles de riesgo para la salud mental tiene importantes implicaciones para las intervenciones preventivas. Los resultados ponen de manifiesto la heterogeneidad dentro de la población adolescente en cuanto a perfiles sintomatológicos y grados de resiliencia. Así, otros autores también han reivindicado la importancia del cribado precoz de los trastornos mentales, y la importancia de disponer de datos sobre resiliencia (Bitsko *et al.*, 2022). Está claro que un enfoque único para la prevención de la salud mental puede no ser eficaz. En su lugar, las intervenciones preventivas deben adaptarse y personalizarse para abordar las necesidades y características específicas de cada subgrupo de salud mental (Nye *et al.*, 2023). Además, es de especial relevancia clínica que el grupo subclínico presente tanto un perfil internalizado como externalizado, apoyando la comorbilidad de ambos trastornos como también han relatado otros muchos autores (por ejemplo, Canals *et al.*, 2018, 2019; Knappe *et al.*, 2022).

Este perfil subclínico se observó con mayor frecuencia en mujeres y adolescentes de mayor edad. Se caracterizó por una combinación de problemas interiorizados y exteriorizados, baja capacidad de resiliencia y mayores dificultades psicosociales. Estos adolescentes presentan características comúnmente asociadas a trastornos mentales clínicos, que requieren atención inmediata e intervenciones específicas. La identificación e intervención temprana de este subgrupo puede ayudar a prevenir la escalada de problemas de salud mental y proporcionar el apoyo adecuado (Frick *et al.*, 2020; Solmi *et al.*, 2022). Los hallazgos de nuestro estudio se alinean con investigaciones previas en este campo, apoyando aún más la existencia de diversos perfiles de salud mental entre los adolescentes en riesgo (Duan *et al.*, 2020; Fonseca-Pedrero *et al.*, 2020; Ling *et al.*, 2016; Ortuño-Sierra *et al.*, 2016).

Otros estudios que utilizan el Cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ) han identificado cinco grupos de riesgo categorizados por la gravedad de las dificultades y diferenciados por el espectro exteriorizado e interiorizado (Ortuño-Sierra *et al.*, 2016). Nuestros datos enfatizan la importancia de considerar no solo el riesgo de problemas sino también la capacidad de afrontamiento individual, como la resiliencia, tal y como indican otros estudios (Ang *et al.*, 2022; Bitsko *et al.*, 2022; Duan *et al.*, 2020; Hu *et al.*, 2015).

Cabe destacar que esta investigación se realizó durante el curso académico afectado por el brote de COVID-19. El porcentaje del "perfil clínico" en Ortuño-Sierra *et al.* (2016) antes de la pandemia era prácticamente igual al de nuestro estudio (16%). Sin embargo, el "perfil bien adaptado" fue más prevalente en su estudio en comparación con el nuestro, lo que refleja posibles mayores niveles de riesgo experimentados durante la incertidumbre y los cambios globales provocados por la pandemia de COVID-19.

En cuanto a una investigación similar llevada a cabo en España, Fonseca *et al.* (2020) encontraron que su perfil de Bajo riesgo exhibía niveles más altos de

bienestar subjetivo y afecto positivo, así como puntuaciones disminuidas en conducta suicida, afecto negativo y experiencias psicóticas en comparación con los grupos de problemas exteriorizados e interiorizados. En nuestro estudio, los grupos problemáticos diferían entre sí en situaciones relacionadas con el estrés, hábitos de vida poco saludables, angustia general y calidad de vida, con una mayor prevalencia de problemas interiorizados. De forma similar, Fonseca *et al.* (2020) encontraron diferencias sustanciales entre los grupos problemáticos, con el grupo interiorizado mostrando un comportamiento suicida más fuerte y un menor grado de bienestar y afecto positivo. Además, el perfil subclínico en nuestro estudio, similar al encontrado en otros estudios (Ortuño-Sierra *et al.*, 2016), presentó problemas más agravados en comparación con otros grupos. Estos hallazgos ponen de relieve la importancia de considerar diversos problemas psicológicos y factores de protección, junto con los niveles de gravedad, a la hora de agrupar a los adolescentes según su estado de salud mental.

Además, nuestro estudio reveló que las chicas tenían un mayor riesgo de ser incluidas en los perfiles Riesgo de problemas interiorizados y Subclínico, en línea con estudios previos (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2020; Ortuño-Sierra *et al.*, 2016), aunque no todos los estudios han encontrado el mismo patrón (Ling *et al.*, 2016). Por el contrario, los adolescentes de mayor edad fueron significativamente más propensos a agruparse en perfiles problemáticos, lo que concuerda con la literatura existente (Kusters *et al.*, 2021; Ling *et al.*, 2016).

Deben reconocerse varias limitaciones. En primer lugar, el empleo de medidas de autoinforme está sujeto a sesgos de respuesta, especialmente para la evaluación de conductas disruptivas (p. ej., Devaux y Sassi, 2016). Las investigaciones futuras podrían beneficiarse de la incorporación de medidas objetivas adicionales y múltiples informantes (por ejemplo, padres, maestros) para mejorar la fiabilidad de las evaluaciones. Además, los hallazgos pueden estar influenciados por factores únicos asociados al impacto del brote de COVID-19 y el regreso a la escolarización presencial. Además, el estudio utilizó un diseño transversal, lo que limita la capacidad de establecer relaciones causales. Asimismo, la muestra utilizada en este estudio estaba formada no sólo por adolescentes en riesgo, sino también por controles sanos, subumbrales y subclínicos/clínicos, lo que realmente refleja una buena instantánea del estado de salud mental de los jóvenes españoles. Además, la población estudiada, aunque no es probabilísticamente representativa de los jóvenes españoles, representa el mayor número de adolescentes de esta sociedad y los grupos de mayor riesgo de dificultades mentales, ya que pertenecen a toda España.

A pesar de estas limitaciones, este estudio contribuye a nuestra comprensión de los perfiles de los problemas de salud mental entre los adolescentes en riesgo, específicamente durante el año académico afectado por el brote de COVID-19. Adoptando un enfoque personalizado, los profesionales de la salud mental y los educadores pueden apoyar y promover eficazmente el bienestar de los adolescentes en situación de riesgo.

## Referencias

- Ahorsu, D. K., Lin, C.-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D. y Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *20*, 1537-1545. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8
- Anniko, M. K., Boersma, K. y Tillfors, M. (2019). Sources of stress and worry in the development of stress-related mental health problems: a longitudinal investigation from early- to mid-adolescence. *Anxiety, Stress, and Coping*, *32*, 155-167. doi: 10.1080/10615806.2018.1549657
- Bitsko, R. H., Claussen, A. H., Lichstein, J., Black, L. I., Jones, S. E., Danielson, M. L., Hoenig, J. M., Davis Jack, S. P., Brody, D. J., Gyawali, S., Maenner, M. J., Warner, M., Holland, K. M., Perou, R., Crosby, A. E., Blumberg, S. J., Avenevoli, S., Kaminski, J. W. y Ghandour, R. M. (2022). Mental health surveillance among children — United States, 2013-2019. *MMWR Supplements*, *71*, 1-42. doi: 10.15585/mmwr.su7102a1
- Caldas, J. M. (2023). *European framework for action on mental health and wellbeing final conference. EU Joint action on mental health and well being, Brussels, Belgium. 2016.* [https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides\\_for\\_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf)
- Campbell-Sills, L. y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, *20*, 1019-1028. doi: 10.1002/jts.20271
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S. y Arija, V. (2018). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*, 131-143. doi: 10.1007/s00787-018-1207-z
- Canals-Sans, J., Hernández-Martínez, C., Sáez-Carles, M. y Arija-Val, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, *268*, 328-334. doi: 10.1016/j.psychres.2018.07.023
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A. y Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 835-855. doi: 10.1016/s0005-7967(99)00130-8
- 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. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837
- Devaux, M. y Sassi, F. (2015). Social disparities in hazardous alcohol use: self-report bias may lead to incorrect estimates. *The European Journal of Public Health*, *26*, 129-134. doi: 10.1093/eurpub/ckv190
- Duan, W., Fei, Y. y Tang, X. (2019). Latent profiles and grouping effects of resilience on mental health among poor children and adolescents. *Child Indicators Research*, *13*, 635-655. doi: 10.1007/s12187-019-09637-3
- Español-Martín, G., Pagerols, M., Prat, R., Rivas, C., Sixto, L., Valero, S., Artigas, M. S., Ribasés, M., Ramos-Quiroga, J. A., Casas, M. y Bosch, R. (2020). Strengths and Difficulties Questionnaire: psychometric properties and normative data for Spanish 5- to 17-year-olds. *Assessment*, *28*, 1445-1458. doi: 10.1177/1073191120918929
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M. y Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold Depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 66-72. doi: 10.1001/archpsyc.62.1.66

- Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J. y Pérez-Albéniz, A. (2020). Emotional and behavioural difficulties and prosocial behaviour in adolescents: a latent profile analysis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13, 202-212. doi: 10.1016/j.rpsmen.2020.01.003
- Frick, P. J., Barry, C. T. y Kamphaus, R. W. (2020). Behavioral and emotional risk screening. *Clinical Assessment of Child and Adolescent Personality and Behavior*, 263-279. doi: 10.1007/978-3-030-35695-8\_14
- Garaigordobil, M., (2013). *Cyberbullying: screening de acoso entre iguales*. TEA.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Hu, T., Zhang, D. y Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. doi: 10.1016/j.paid.2014.11.039
- Justice, L. M., Petscher, Y., Schatschneider, C. y Mashburn, A. (2011). Peer effects in preschool classrooms: is children's language growth associated with their classmates' skills? *Child Development*, 82, 1768-1777. doi: 10.1111/j.1467-8624.2011.01665.x
- Kalisch, R., Baker, D. G., Basten, U., Boks, M. P., Bonanno, G. A., Brummelman, E., Chmitorz, A., Fernández, G., Fiebach, C. J., Galatzer-Levy, I., Geuze, E., Groppa, S., Helmreich, I., Hendler, T., Hermans, E. J., Jovanovic, T., Kubiak, T., Lieb, K., Lutz, B., ... Kleim, B. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature Human Behaviour*, 1, 784-790. doi: 10.1038/s41562-017-0200-8
- Knappe, S., Martini, J., Muris, P., Wittchen, H.-U. y Beesdo-Baum, K. (2022). Progression of externalizing disorders into anxiety disorders: longitudinal transitions in the first three decades of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 102533. doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102533
- Kusters, M. S., Pérez-Crespo, L., Canals, J. y Guxens, M. (2021). Lifetime prevalence and temporal trends of incidence of child's mental disorder diagnoses in Catalonia, Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 51888-9891. doi: 10.1016/j.rpsm.2021.02.005
- Ling, Y., Huebner, E. S., Yuan, H., Li, Z. y Liu, W. (2015). Subtyping of strengths and difficulties in a chinese adolescent sample: a latent class analysis. *Child Indicators Research*, 9, 933-948. doi: 10.1007/s12187-015-9348-9
- Loewen, O. K., Maximova, K., Ekwaru, J. P., Faught, E. L., Asbridge, M., Ohinmaa, A. y Veugelers, P. J. (2019). Lifestyle behavior and mental health in early adolescence. *Pediatrics*, 143, e20183307. doi: 10.1542/peds.2018-3307
- López-Fernández, F. J., Morales-Hidalgo, P., Canals, J., Marzo, J. C., García-López, L. J. y Piqueras, J. A. (2024). Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 27, e3. doi:10.1017/SJP.2024.3
- Marsh, H. W., Lüdtke, O., Trautwein, U. y Morin, A. J. S. (2009). Classical latent profile analysis of academic self-concept dimensions: synergy of person- and variable-centered approaches to theoretical models of self-concept. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16, 191-225. doi: 10.1080/10705510902751010
- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M. y Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 521-549. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307
- Morin, A. J. S., Meyer, J. P., Creusier, J. y Biétry, F. (2015). Multiple-group analysis of similarity in latent profile solutions. *Organizational Research Methods*, 19, 231-254. doi: 10.1177/1094428115621148
- Muela-Martinez, J. A., Espinosa-Fernandez, L., Garcia-Lopez, L. J. y Martin-Puga, M. E. (2021). Validation of the structured interview for the assessment of expressed emotion

- (E5) in a sample of adolescents and young adults from the general population. *Frontiers in Psychology*, *12*, 723323. doi: 10.3389/fpsyg.2021.723323
- Nurius, P. S. y Macy, R. J. (2008). Heterogeneity among violence-exposed women. *Journal of Interpersonal Violence*, *23*, 389-415. doi: 10.1177/0886260507312297
- Nye, A., Delgadillo, J. y Barkham, M. (2023). Efficacy of personalized psychological interventions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *91*, 389-397. doi: 10.1037/ccp0000820
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., i Riba, S. S. y Muñoz, J. (2016). Different patterns of behavioural and emotional difficulties through adolescence: the influence of prosocial skills. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, *33*, 48-56. doi: 10.6018/analesps.32.3.225031
- Patton, G. C., Coffey, C., Romaniuk, H., Mackinnon, A., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Olsson, C. A. y Moran, P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, *383*, 1404-1411. doi: 10.1016/s0140-6736(13)62116-9
- Pineda, D., Martín-Vivar, M., Sandín, B. y Piqueras, J. A. (2018). Factorial invariance and norms of the 30-item shortened-version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30). *Psicothema*, *30*, 232-237. doi: 10.7334/psicothema2017.276
- Piqueras, J. A., Gomez-Gomez, M., Marzo, J. C., Gomez-Mir, P., Falco, R., Valenzuela, B. y PSICORECUR-SOS COVID-19 study group (2023). Validation of the Spanish version of Fear of COVID-19 Scale: its Association with acute stress and coping. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *21*, 711-728. doi: 10.1007/s11469-021-00615-x
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L. A. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*, 345-365. doi: 10.1111/jcpp.12381
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmo, A., Tountas, Y., Hagquist, C. y Kilroe, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, *19*, 1487-1500. doi: 10.1007/s11136-010-9706-5
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Chorpita, B. F. (2010). Desarrollo de una versión de 30 ítems de la Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *15*, 165-178. doi: 10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4095
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. y Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, *27*, 281-295. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7
- The Jamovi Project (2022). *Jamovi* (version 2.3). <https://www.jamovi.org>
- Vivas-Fernandez, M., Garcia-Lopez, L.-J., Piqueras, J. A., Muela-Martinez, J.-A., Canals-Sans, J., Espinosa-Fernandez, L., Jimenez-Vazquez, D., Diaz-Castela, M. del M., Morales-Hidalgo, P., Rivera, M. y Ehrenreich-May, J. (2023). Randomized controlled trial for selective preventive transdiagnostic intervention for adolescents at risk for emotional disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *17*(1), 77. doi: 10.1186/s13034-023-00616-9
- Weitkamp, K. y Seiffge-Krenke, I. (2019). The association between parental rearing dimensions and adolescent psychopathology: a cross-cultural study. *Journal of Youth and Adolescence*, *48*, 469-483. doi: 10.1007/s10964-018-0928-0



Windle, G., Bennett, K. M. y Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 1-18. doi: 10.1186/1477-7525-9-8

Zhang, L., Rakesh, D., Cropley, V. y Whittle, S. (2023). Neurobiological correlates of resilience during childhood and adolescence- A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 105, 102333. doi: 10.1016/j.cpr.2023.102333

RECIBIDO: 15 de diciembre de 2023

ACEPTADO: 22 de abril de 2024

**Anexo 1****Análisis descriptivos e índices de fiabilidad de las variables para medir los resultados sanitarios**

VARIABLES	M (DT) o %	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald
Acoso escolar	0,29 (0,48)	0,81	0,80
Ciberacoso	0,12 (0,23)	0,86	0,87
Rechazo social	19,40%	—	—
Miedo al COVID-19	0,97 (0,81)	0,85	0,86
Problema relacionado con el consumo de alcohol	5,60%	—	—
Problema relacionado con el consumo de cannabis	4,40%	—	—
Problema relacionado con el consumo de tabaco	5,90%	—	—
Problema relacionado con el consumo de Internet	45,20%	—	—
Dificultades para conciliar el sueño	26%	—	—
Problemas al desvelarse por la noche	25,50%	—	—
Sueño no reparador	43,20%	—	—
Preocupación por el aspecto físico/peso	48,8%	—	—
Insatisfacción con el aspecto físico	34,04%	—	—
Emoción expresada por la familia	1,81 (0,65)	0,77	0,79

*Nota:* Para las escalas continuas se calcularon la puntuación media y la desviación típica. Para las escalas dicotómicas se calculó el porcentaje de personas que cumplían la condición "sí" (presencia de la variable).

Anexo 2  
Correlaciones entre las variables de los adolescentes

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1. Resiliencia	--																					
2. <b>Compot.</b> prosocial	0,25**	--																				
3. Problemas de conducta	-0,33**	-0,33**	--																			
4. <b>Hiperactivid.</b> / inatención	-0,35**	-0,21**	0,53**	--																		
5. <b>Probl. rel.</b> compañeros	-0,45**	-0,28**	0,29**	0,22**	--																	
6. Síntomas emocionales	-0,61**	-0,11**	0,33**	0,35**	0,46**	--																
7. Acoso escolar	-0,27**	-0,05**	0,28**	0,23**	0,43**	0,31**	--															
8. Ciberacoso	-0,25**	-0,07**	0,55**	0,19**	0,37**	0,25**	0,35**	--														
9. Rechazo social	-0,26**	-0,06**	0,20**	0,17**	0,33**	0,32**	0,28**	0,33**	--													
10. Miedo al COVID-19	-0,12**	0,14**	-0,01**	0,05**	0,12**	0,28**	0,16**	0,10**	0,08**	--												
11. <b>Probl. rel.</b> cons: alcohol	-0,12**	-0,04**	0,17**	0,13**	0,05**	0,13**	0,17**	0,17**	0,09**	0,03**	--											
12. <b>Probl. rel.</b> cons: cannabis	-0,07**	-0,04**	0,16**	0,13**	0,02**	0,11**	0,13**	0,13**	0,07**	0,01**	0,43**	--										
13. <b>Probl. rel.</b> cons: tabaco	-0,14**	-0,02**	0,14**	0,17**	0,05**	0,13**	0,12**	0,15**	0,08**	0,02**	0,38**	0,52**	--									
14. <b>Probl. rel.</b> uso de internet	-0,17**	-0,14**	0,15**	0,16**	0,15**	0,16**	0,16**	0,15**	0,11**	0,00**	0,09**	0,06**	0,05**	--								
15. Dificultades <b>cons:</b> el sueño	-0,12**	-0,04**	0,12**	0,12**	0,09**	0,20**	0,08**	0,06**	0,08**	0,03**	0,05**	0,05**	0,04**	0,07**	--							
16. <b>Probl.</b> al desvelarse	-0,26**	-0,04**	0,11**	0,14**	0,23**	0,29**	0,17**	0,16**	0,10**	0,09**	0,11**	0,10**	0,09**	0,09**	0,19**	--						
17. Sueño no reparador	-0,25**	-0,07**	0,14**	0,16**	0,21**	0,33**	0,14**	0,15**	0,17**	0,09**	0,08**	0,08**	0,09**	0,13**	0,17**	0,33**	--					
18. <b>Preocupac.</b> <b>asp:</b> físico/peso	-0,35**	-0,07**	0,20**	0,20**	0,34**	0,45**	0,23**	0,26**	0,23**	0,16**	0,11**	0,09**	0,10**	0,19**	0,13**	0,26**	0,30**	--				
19. <b>Insatisfac.</b> aspecto físico	-0,42**	-0,10**	0,23**	0,24**	0,35**	0,47**	0,23**	0,25**	0,27**	0,11**	0,14**	0,12**	0,14**	0,18**	0,10**	0,26**	0,31**	0,64**	--			
20. Emoción expresada <b>fla.</b>	-0,19**	-0,14**	0,26**	0,22**	0,17**	0,26**	0,19**	0,13**	0,17**	0,12**	0,14**	0,13**	0,13**	0,11**	0,20**	0,23**	0,17**	0,25**	0,21**	--		
21. Angustia general	-0,42**	-0,10**	0,33**	0,38**	0,50**	0,81**	0,33**	0,17**	0,21**	0,37**	0,11**	0,08**	0,09**	0,17**	0,14**	0,22**	0,25**	0,27**	0,46**	0,47**	--	
22. Calidad de vida	0,64**	0,25**	-0,34**	-0,37**	-0,50**	-0,71**	-0,31**	-0,28**	-0,31**	-0,17**	-0,18**	-0,16**	-0,19**	-0,19**	-0,19**	-0,32**	-0,39**	-0,34**	-0,48**	-0,54**	-0,66**	--

Nota: **Compot.**= comportamiento prosocial; **Hiperactivid.**= Hiperactividad; **Probl. rel.** = Problemas de relación con los compañeros; **Probl. rel. cons:** alcohol= Problemas relacionados con el consumo de alcohol; **Probl. rel. cons:** cannabis= Problemas relacionados con el consumo de cannabis; **Probl. rel. cons:** tabaco= Problemas relacionados con el consumo de tabaco; **Probl. rel. uso de internet**= Problemas relacionados con el uso de internet; **Probl. rel. cons:** amigos= Problemas relacionados con el consumo de alcohol por la noche; **Preocupac. asp:** físico/peso= Preocupación por el aspecto físico/peso; **Insatisfac.**= aspecto físico- Insatisfacción con el aspecto físico; Emoción expresada **fla.**= Emoción expresada por la familia. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

### Anexo 3

#### Odds ratio de la asociación entre los perfiles de dificultades de salud mental y los niveles de resiliencia y las variables sociodemográficas

Predictores	Perfil		OR	IC 95%
Sexo	1-Bien adaptado	2- Bajo riesgo	0,71	[0,46; 1,09]
	1-Bien adaptado	3-Riesgo de problemas exteriorizados	0,64	[0,40; 1,02]
	1-Bien adaptado	4-Riesgo de problemas interiorizados	2,66	[1,60; 4,42]
	1-Bien adaptado	5-Subclínico	3,77	[2,19; 6,48]
	2-Bajo riesgo	3-Riesgo de problemas exteriorizados	0,91	[0,62; 1,32]
	2-Bajo riesgo	4-Riesgo de problemas interiorizados	3,77	[2,45; 5,81]
	2-Bajo riesgo	5-Subclínico	5,35	[3,41; 8,39]
	3-Riesgo de problemas exteriorizados	4-Riesgo de problemas interiorizados	4,16	[2,50; 6,94]
	3- Riesgo de problemas exteriorizados	5-Subclínico	5,91	[3,50; 9,96]
	4-Riesgo de problemas interiorizados	5-Subclínico	1,42	[0,82; 2,47]
Edad	1-Bien adaptado	2-Bajo riesgo	1,16	[1,02; 1,32]
	1-Bien adaptado	3-Riesgo de problemas exteriorizados	1,10	[0,96; 1,27]
	1-Bien adaptado	4-Riesgo de problemas interiorizados	1,35	[1,17; 1,55]
	1-Bien adaptado	5-Subclínico	1,25	[1,09; 1,43]
	2-Bajo riesgo	3-Riesgo de problemas exteriorizados	0,96	[0,86; 1,06]
	2-Bajo riesgo	4-Riesgo de problemas interiorizados	1,17	[1,04; 1,31]
	2-Bajo riesgo	5-Subclínico	1,08	[0,97; 1,18]
	3-Riesgo de problemas exteriorizados	4-Riesgo de problemas interiorizados	1,22	[1,07; 1,40]
	3-Riesgo de problemas exteriorizados	5-Subclínico	1,13	[1; 1,28]
	4-Riesgo de problemas interiorizados	5-Subclínico	0,92	[0,82; 1,04]

Notas: OR= odds ratio, el cual es significativo cuando el IC no contiene 1. El sexo se codificó como 1=varón / 2=mujer; la edad oscila entre los 12 y los 18 años.