

M<sup>a</sup> de los Ángeles Sánchez-García<sup>1</sup>  
Alicia Pérez de Albéniz<sup>1,3</sup>  
Mercedes Paino<sup>2</sup>  
Eduardo Fonseca-Pedrero<sup>1,3,4</sup>

# Ajuste Emocional y Comportamental en una Muestra de Adolescentes Españoles

<sup>1</sup>Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, España

<sup>2</sup>Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, España

<sup>3</sup>Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA), España

<sup>4</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España

---

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

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

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

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

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

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

## Emotional and Behavioral Adjustment in a Spanish Sample of Adolescents

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

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

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

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

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

---

Correspondencia:

Eduardo Fonseca-Pedrero  
Universidad de La Rioja  
Departamento de Ciencias de la Educación  
Universidad de La Rioja (España)  
C/ Luis de Ulloa, 2 (Edificio Vives)  
26004 Logroño España  
Tlf.: (+34) 941 299 229  
Fax: (+34) 941 299 333  
Correo electrónico: eduardo.fonseca@unirioja.es

## INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 15-20% de los niños y adolescentes pueden presentar algún tipo de trastorno mental en su vida<sup>1-5</sup>, comenzando en el 75% de los casos antes de los 18 años<sup>6</sup>. En la Encuesta Nacional de Salud España 2006 (ENSE)<sup>7,8</sup>, llevada a cabo con la versión heteroinforme del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ)<sup>9</sup>, se encontró que entre el 19,2 y el 26,6% de los niños y adolescentes de 4 a 15 años presentaban riesgo de sufrir mala salud mental, siendo grave en el 4-6% de los casos. Además de las elevadas tasas de prevalencia, los trastornos mentales se encuentran entre las primeras causas de discapacidad asociada y de carga de enfermedad en el grupo de edad de 10 a 24 años<sup>10</sup>, con importantes repercusiones sociales y sanitarias<sup>11</sup>. Los costos de salud y asistencia social se han incrementado en línea con el crecimiento del gasto en servicios de salud mental<sup>10,12-15</sup>. Por ejemplo, en España conllevan un importante impacto económico, pues los costes asociados a los trastornos mentales se cifraron en 83.749 millones de euros anuales, aproximadamente el 0,8% del PIB<sup>16</sup>. Por lo tanto, el análisis de diferentes indicadores salud mental en jóvenes, es de suma importancia ya que permite arrojar pistas sobre su comprensión, prevención y abordaje, así como la gestión eficiente de recursos.

Dentro de los problemas de salud mental, los síntomas emocionales (p.ej., depresión y ansiedad), la conducta suicida, el acoso escolar y el abuso de sustancias se encuentran entre los más prevalentes. Concretamente, las conductas suicidas incluyen un espectro de comportamientos que se manifiestan en ideas, amenazas, intentos y suicidios consumados y se han situado como una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de 10 a 24 años<sup>10,15,17</sup>. Las conductas suicidas constituyen además uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial<sup>18</sup>, siendo la segunda causa principal de defunción en el grupo de edad de 15 a 29 años<sup>19</sup>. La comorbilidad, principalmente con los trastornos de ansiedad, aumenta el riesgo de comportamiento suicida en los adolescentes<sup>20</sup>. Presentar un trastorno mental es, por tanto, el principal factor de riesgo de suicidio, ya que entre un 90% y un 98% de los individuos suicidas padece algún trastorno mental<sup>21-23</sup>. A estos datos, hay que añadir además el impacto psicológico y familiar, así como el coste social y económico en toda la comunidad<sup>10,12</sup>.

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

repetitiva<sup>24-26</sup>. Según un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>27</sup> realizado sobre 219.460 estudiantes provenientes de 42 países (entre ellos España), un 8,5-11% de los estudiantes informó haber sufrido y ejercido, respectivamente, acoso al menos de cuatro a seis veces durante los dos últimos meses. La misma frecuencia con la que un 3% del alumnado encuestado informó de haber sido víctima de *ciberbullying*. España obtuvo niveles de prevalencia inferiores a la media en el acoso tradicional (6 y 5% en agresores y víctimas, respectivamente), pero ligeramente superiores en *ciberbullying* (4% víctimas).

También el acoso escolar se asocia con problemas de salud mental en la adolescencia, como ansiedad, depresión o actos suicidas<sup>28</sup>. La violencia escolar constituye además un problema de salud pública, por su frecuencia y daño asociado<sup>29</sup>. Así, varios estudios han encontrado una asociación entre intimidación, y depresión y ansiedad<sup>30,31</sup>, suicidio<sup>29,32-34</sup> y peor rendimiento académico y clima escolar percibido<sup>35-37</sup>. Tanto jóvenes agresores como víctimas presentan peor salud y mayor número de conductas de riesgo<sup>38-40</sup>. En numerosas investigaciones se muestra que las víctimas son más propensas a tener molestias físicas (p.ej., dolor de cabeza, dificultad para dormir, dolor abdominal, enuresis, falta de apetito, etc.) y psicológicas (ansiedad, depresión, baja autoestima, ideación suicida, escasas relaciones sociales o aislamiento)<sup>41-50</sup>. Los acosadores son más propensos a presentar algún trastorno de la personalidad<sup>51-54</sup>, a mostrar mayor riesgo de delinquir<sup>55</sup> y al consumo de drogas<sup>56-61</sup>.

El consumo abusivo de alcohol y otras sustancias es otro problema de salud pública a nivel nacional e internacional. Según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 14-15)<sup>62</sup> las drogas legales más consumidas son el alcohol y el tabaco (percibidas por los estudiantes como las más fácilmente disponibles) y el cannabis es la droga ilegal más consumida. Aproximadamente la mitad de los jóvenes de 16 años se había emborrachado en el último año; es más, el 1,7% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumido alcohol diariamente en los últimos 30 días, siendo el alcohol la sustancia psicoactiva percibida como menos peligrosa. Con respecto al tabaco, según la ESTUDES 14-15, el porcentaje de la población que fuma a diario ha alcanzado el nivel más bajo de las últimas décadas en ambos sexos. La tendencia al descenso se produce en todos los grupos de edad, pero es especialmente marcada en jóvenes. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad<sup>63</sup>, en 2014, el 29,1% de los participantes había consumido cannabis *alguna vez en la vida*; los jóvenes presentaban una percepción baja del riesgo asociado al consumo de cannabis, a pesar de la evidencia de sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Además, el 14% de los estudiantes informaban haber consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, estando muy extendido el patrón de policonsumo asociado a consumos de riesgo<sup>38,64</sup>. Además

el consumo precoz de tabaco está asociado a un consumo posterior de alcohol<sup>65</sup>.

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

## MÉTODO

### Participantes

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

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

### Instrumentos

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

El SDQ es un instrumento de medida utilizado para la evaluación de dificultades conductuales y emocionales, así como la valoración de capacidades en el ámbito prosocial<sup>66</sup>. Ha sido utilizado también como herramienta de cribado y análisis epidemiológico del estado de salud mental en población infanto-juvenil<sup>67</sup>.

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

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

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

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

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

### Escala Paykel de Ideación Suicida (*Paykel Suicide Scale, PSS*)<sup>71</sup>

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

### Cuestionario de Cyberbullying Breve (CB)<sup>73</sup>

El CB es un instrumento que valora comportamientos de *bullying* y *ciberbullying*. El CB se estructura en torno a una serie de dimensiones que se deben tener en cuenta: 1) *Bullying* Tradicional; 2) Accesibilidad a las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) (a Internet y al teléfono móvil); 3) *Ciberbullying* a través de Internet; y 4) *Ciberbullying* a través del teléfono móvil. Las propiedades psicométricas de este instrumento de medida han sido analizadas<sup>74</sup>. En el presente trabajo se seleccionaron ocho preguntas (2, 3, 4, 5, 6, 16 y 17) que recogen información del comportamiento de acoso y *ciberbullying*. El CB ha sido extensamente utilizado en trabajos previos con adolescentes<sup>75,76</sup>.

### Cuestionario de Consumo de Sustancias Modificado

El cuestionario de consumo de sustancias utilizado en la presente investigación es una modificación abreviada del *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST v3.0)<sup>77</sup>. La ASSIST es una entrevista que se emplea como herramienta de cribado en la detección de consumidores de drogas desarrollada por la OMS. La ASSIST consta de diferentes ítems que evalúan, entre otros aspectos, la frecuencia de consumo de diferentes sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, etc.) en los tres meses anteriores a la realización del cuestionario. La ASSIST se encuentra traducida y validada al español<sup>78</sup>.

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

### Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV)<sup>79</sup>

La INF-OV se ha desarrollado para detectar a aquellos participantes que han respondido de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonestamente a los instrumentos de medida administrados. La INF-OV es un instrumento de medida tipo autoinforme compuesto por 12 ítems en formato tipo *Likert* de cinco categorías en función del grado de adherencia (1= Completamente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Ni en desacuerdo ni de acuerdo; 4= De acuerdo y 5= Completamente de acuerdo). Una vez dicotomizados los ítems, los alumnos que puntúan más de dos ítems de la INF-OV de forma incorrecta son eliminados del estudio. La INF-OV ha sido utilizada en trabajos previos<sup>80</sup>.

### Procedimiento

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

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

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

### Análisis de datos

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

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

Los análisis de datos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS v22<sup>81</sup>.

## RESULTADOS

### Estadísticos descriptivos: datos de prevalencia

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

### Relación entre dificultades emocionales y comportamentales e ideación suicida

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

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

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

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

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

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

### Relación entre dificultades emocionales y comportamentales y el acoso escolar

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

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

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

## CONCLUSIONES

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

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

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

El riesgo de problemas en el ajuste emocional y comportamental se relacionó con mayor ideación suicida. Diversas investigaciones previas también señalan la relación positiva entre dificultades de salud mental y tentativas de suicidio<sup>17,22,87,88</sup>. Así, Balázs et al.<sup>20</sup> pusieron de relieve la importancia de la identificación temprana de la depresión y la ansiedad para minimizar el riesgo de suicidio (en una muestra de 12.395 adolescentes de 11 países). También se evidencia el aumento del riesgo de comportamientos suicidas en, por ejemplo: trastornos bipolares comórbidos, abuso alcohol o trastornos de la conducta alimentaria<sup>38,89–96</sup>. Hawton<sup>21</sup> añade que los adolescentes más impulsivos y con autoestima negativa también parecían estar más expuestos al riesgo de autolesión. Otra investigación realizada en los Estados Unidos identificó que los problemas de relación, las crisis recientes, los problemas de salud mental, los problemas de pareja y el acoso escolar eran, los factores precipitantes más comunes<sup>97</sup>.

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

como de agresión en el centro de educativo. El fenómeno acoso escolar también parece estar ligado a efectos negativos sobre la salud mental de los adolescentes. Como se confirma en nuestro estudio, a medida que aumentan los problemas psicopatológicos también aumentan los casos de *bullying* y *ciberbullying*, tanto en percepción general como en víctima y acosador. En numerosas investigaciones se ha demostrado que los adolescentes acosados tienen más alteraciones físicas, problemas psicósomáticos, depresión, ansiedad, ideación o intentos de suicidio<sup>28,33,43,44,98,99</sup>, presentan baja autoestima<sup>100,101</sup>; serios problemas de relación social, aislamiento, déficit de habilidades sociales y autocontrol<sup>135,48,50,75,102</sup>; peor rendimiento académico y peor concentración<sup>36,39</sup> e incluso absentismo escolar<sup>40</sup>. Por ejemplo, Kowalski et al.<sup>39</sup> correlacionan el acoso tradicional y la intimidación cibernética con altas tasas de ansiedad, depresión, baja autoestima, abandono escolar, ideación suicida y problemas de salud. En otro estudio Bannink et al.<sup>32</sup> corroboran un mayor riesgo de problemas de salud mental entre las niñas que sufren *ciberbullying*.

Un tercer resultado encontrado es que las dificultades emocionales y comportamentales se relacionan con un mayor consumo de tabaco y cannabis, no así de alcohol. Nuestra muestra presentó un patrón del 2% de consumo semanal de cannabis. Estos resultados son parcialmente convergentes con los hallados en trabajos previos<sup>62,66</sup>. Por ejemplo, el consumo de tabaco se asocia con un mayor riesgo de problemas mentales<sup>103</sup> como ansiedad, depresión<sup>95,104,105</sup>, trastorno de la personalidad<sup>106-110</sup> y tendencias suicidas<sup>38,92,111-113</sup>. Según Baek et al.<sup>106</sup> el consumo actual de cigarrillos puede predecir el intento de suicidio en una muestra representativa de la comunidad de personas con trastorno bipolar. Respecto al cannabis, Fergusson et al.<sup>114</sup> en un estudio longitudinal examinan las asociaciones entre la frecuencia de este consumo y los resultados psicosociales en la adolescencia y juventud, entre la edad de 14-21 años; confirman que el uso de cannabis se asoció con mayores tasas en una serie de problemas de adaptación, delincuencia, depresión y conductas de tipo suicida. La OMS considera que el cannabis incide negativamente en la salud mental porque parece ser capaz de ocasionar un síndrome de dependencia, similar al de otras drogas, inducir psicosis propias, causar un síndrome amotivacional, y exacerbar el curso de la esquizofrenia, así como precipitar su inicio<sup>115</sup>. Es probable que el consumo de cannabis aumente el riesgo de desarrollar esquizofrenia y otras psicosis; cuanto mayor es el uso, mayor es el riesgo<sup>116,117</sup>. El uso de cannabis y el volumen de materia blanca fueron aditivos e interactivos para predecir los síntomas depresivos entre los adolescentes<sup>118</sup> e incluso en un estudio longitudinal el consumo de cannabis se asoció con un mayor riesgo de suicidio<sup>119</sup>. Por ejemplo, Carli et al.<sup>1</sup>, exploraron la prevalencia de conductas de riesgo (consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas ilegales, fumar en exceso, sueño reducido, bajo peso, el sedentarismo, sobrepeso, alta utilización de Internet, TV, videojuegos y el absentismo escolar) y su asociación con los com-

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

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

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

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

#### AGRADECIMIENTOS

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



## CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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