

DESÓRDENES AFECTIVOS, CRISIS DE IDENTIDAD E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES



María de la Villa MORAL JIMÉNEZ* y Carlos SIRVENT RUIZ**

** Universidad de Oviedo y ** Fundación Spiral*

* Profesora Doctora. Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología.

** Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral (Centro Cibeles Madrid y Oviedo).

Enviar correspondencia a:

María de la Villa Moral Jiménez
Facultad de Psicología
Plaza de Feijóo, s/n – despacho 211
33003 Oviedo (Asturias)
mvilla@uniovi.es

DESÓRDENES AFECTIVOS, CRISIS DE IDENTIDAD E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES

AFFECTIVE DISORDERS, CRISIS OF IDENTITY AND SUICIDAL THOUGHTS IN SPANISH TEENAGERS

Resumen

En este estudio se aplica el constructo *Sturm und Drang* (tormenta e impulso) para hacer referencia a la idea estereotipada de crisis emocionales y afectivas en adolescentes. Se han analizado desajustes comportamentales, trastornos depresivos y ansiógenos, quejas somáticas, problemas de relación, conducta agresiva, búsquedas de atención y problemas de pensamiento en estudiantes de Secundaria del Principado de Asturias (España). Se han obtenido tendencias de respuesta denotativas de estabilidad, escasas manifestaciones de cuadros ansiógenos, confusiones personales en la búsqueda de sí mismo, una adecuada valoración de los contactos interpersonales, escasas conductas agresivas o amenazantes y leve manifestación de desajustes mentales que provocan alteraciones de la realidad circundante y de otras conductas problema. Se han hallado diferencias significativas en función de indicadores tales como el Nivel de edad, el Autoconcepto general, la Relación con los Iguales y el grado de Insatisfacción institucional con mayor vulnerabilidad a manifestaciones de *Patología Externalizada*. Asimismo, se han evaluado factores que influyen en la ideación suicida y en los procesos de confusión de identidad. En su conjunto, se concluye que la adolescencia tiende a representar una sucesión de crisis (en la acepción de cambios) adaptativas, más que un período de sucesivos e incontrolables tumultos emocionales.

Palabras-Clave: Adolescencia, *sturm und drang*, desajustes afectivos, crisis, identidad, ideación suicida, desórdenes globales.

Abstract

In this approach we apply the *Sturm und Drang* (Storm and Stress) construct for make reference to the stereotyped idea of emotional and affective crisis in adolescents. We have analysed behavioural disarrangement, depressive and anxious disorders, somatic complaints, relations problems, aggressive behaviour, attention searches and thought problems in adolescents schooling in a High School of the Principado de Asturias (Spain). We obtains answer trends that denotes stability, scarce anxious disorders manifestations, personal confusions in the search of self-concept, an adequate valuation of the interpersonal contacts, scarce aggressive or threatening behaviours, and trivial mental disorders manifestation that incite disturbance of the round reality and of others problem behaviours. Significant differences have been situated depending on such indicators as the Level of age, the general Autoconcept, the Relation with the Equal ones and the degree of institutional Dissatisfaction with more vulnerability to manifestations of *Externalized Pathology*. Likewise, there have been evaluated factors that influence the suicidal thought and the processes of confusion of identity. We conclude that adolescence can shows an accommodated crisis (by changes meaning), more that a period of successive and incontrollable emotional tumults.

Key-Words: Adolescence, *sturm und drang*, affective disarrangements, crisis, identity, suicidal thoughts, global disorders.

1. Introducción

Vivimos tiempos finiseculares de cambios en los órdenes personales, sociales y macroestructurales, de los que se derivan consecuencias sobre la esfera socioafectiva y sobre las representaciones colectivas acerca de la emotividad soliviantada de los adolescentes contemporáneos. A nivel global, se suceden renovadas condiciones de desregulación y transformaciones varias (Biersteker, 2000; Giddens, 2000; Gray, 2000; Held, 1999; MacGrew y Held, 2007; Ritzer, 2006), como signos patognomónicos de la calificada por Beck (1999) como *sociedad del riesgo*, a la que se le achacan relaciones conflictuadas en el plano socioafectivo. Se asiste al desencanto de la modernidad y a otras crisis colectivas (Magris, 2001) que influyen sobre el estatuto psicosociológico de las identidades y vínculos contemporáneos ya que, como puntualizó Myers (2000, 2004), tales desórdenes macroestructurales afectan a las crisis de identidad del adolescente occidental contemporáneo.

La juventud como *estadio* psicosociológico transitorio ha dejado de ser un paréntesis que se completa con la inserción sociolaboral y la independencia a otros niveles para convertirse en un *estado* ralentizado que conforma una realidad propia en la que la postescolarización, la situación de moratoria psicosocial, los sucesivos ensayos de inserción laboral frustrados o el esparcimiento como conducta distractora, son sus principales signos y síntomas, de ahí que se defina esta situación de los (post)adolescentes como de *cautividad en la adolescencia* (Castillo, 1997, 1999; Moral y Ovejero, 1999, 2004). A consecuencia de su moratoria psicosocial se derivan consecuencias sobre su estabilidad socioafectiva y su vinculación al grupo de iguales y a otras redes de apoyo social (Moral, 2008), así como los efectos psicosociales y sobre su salud mental provocados por la ralentización de su proceso de plena inserción sociolaboral (Álvaro, 2001; Blanch, 2001; García Sedeño, Barbero, Ávila y García Tejera, 2003; Marín, Garrido,

Troyano y Bueno, 2002; Moral, 2007; Moral y Ovejero, 1999). Se ha confirmado que la ausencia de trabajo y las escasas posibilidades de lograrlo tiene *consecuencias psicológicas* para los jóvenes, tales como un estado ansiógeno o de frustración motivada por el permanente estado de transitoriedad, entre otras consecuencias de índole psicosocial (Almarcha, Cristóbal y Castro, 2005; Álvaro, 2001; Del Pozo, Ruiz, Pardo y San Martín, 2002). A este respecto, Martínez-Otero (1999) aseveró que la incertidumbre ante el futuro y las inseguridades del adolescente contemporáneo, asociadas al proceso recurrente de búsqueda y redefinición de su identidad, puede mermar su salud mental.

En la esfera psicosociológica del adolescente se suceden e interrelacionan estados de emoción exacerbada y de apatía, de conformidad simulada y de apoyo grupal, de sobreactivación y de ociosidad, de cambio y permanencia, en suma. De acuerdo con este planteamiento ha de quedar suficientemente explicitada la concepción de la adolescencia sostenida en este estudio como fenómeno no sólo biopsiosocial sino psicosocial y sociocultural, de modo que en estas condiciones entrópicas de la sociedad contemporánea, las crisis de la adolescencia y de la propia sociedad y sus coordenadas definitorias se retroalimentan. De este modo, en sentido figurado, a la sociedad contemporánea se le aplica el calificativo de sociedad *adolescente* en crisis (Moral y Ovejero, 2004), de manera que más que hablar de ese período individual, típicamente adscrito a los adolescentes, también se aplicaría por extensión el constructo de *Sturm und Drang* (tormenta y tensión, tempestad e ímpetu) a diversas crisis afectivas y psicosociales en el plano relacional.

Baste recordar que, según lo expuesto por Muuss (1966) en su clásico texto *Teorías de la adolescencia*, parece que se debe a Stanley Hall la adopción de los términos *Sturm und Drang* de la literatura alemana, entre otros de Goethe y Schiller a finales del siglo XVIII. Se consideraban los impulsos antitéticos de entusiasmo prometeico por un lado (energía, exaltación, euforia, etc.) y, al mismo tiempo, se alternaba con un profundo *Weltschmerz* (melancolía wertheriana) como

característico del período adolescente. Por otra parte, el mencionado autor también recoge, entre otros, la opinión de Hollingworth (1928), quien concebía el desarrollo psicológico y social de los adolescentes como un proceso gradual y continuo, en abierta oposición al *mito folklórico* de la idea de tormentas y tensiones (Muuss, 1966). Precisamente, por ser la adolescencia una etapa de *tempestad e ímpetu*, el generalizar y aplicar el calificativo de *período de crisis* es exagerado por lo que sería más exacto hablar de *las crisis* que aparecen durante el período de adolescencia. Los cambios físicos propios de la pubertad no son suficientes para explicar el supuesto tumulto adolescente, de modo que se ha demostrado que la crisis adolescente no coincide con el período de más rápido cambio físico sino que tiende a aparecer al cabo de unos años. En realidad, la crisis "no es sólo somático-sexual, sino fundamentalmente psíquico-social" (Arbelo, Hernández y Arbelo, 1985, p. 25). En la pubertad suelen presentarse tres crisis *hacia afuera* que redundan en la conquista de la madurez biológica: la de crecimiento físico, la afectiva como inconformidad permanente con los adultos y consigo mismo y la crisis de la sexualidad, éstas se reformulan bajo la apariencia de crisis *introspectivas* de autoafirmación e independencia del yo y crisis de valores en el terreno cognitivo y psicosocial en la adolescencia media, resultando excepcional la manifestación de crisis agudas relacionadas con depresiones y problemas mentales, tal y como se evidencia en el análisis de Castillo (1999). Y, si bien en la sociedad occidental la adolescencia tardía habría de presuponer la *salida de la crisis*, se tiende a un estancamiento en su proceso de inserción que, aunque no traumático, puede ser exponente de la *dramaturgia* de la moratoria psicosocial (Moral y Ovejero, 2004). De ahí, y de otras muchas puntualizaciones coadyuvantes, se impone la necesidad de considerar la adolescencia como un fenómeno psicosociológico con profunda raigambre sociocultural.

En la literatura sobre el tema se exponen visiones contrapuestas respecto a la veracidad y consistencia de la extendida visión de la adolescencia como *tiempo de conflictos*.

El postadolescente, que ya es un adulto somática y psicológicamente, se encuentra ubicado en unas condiciones sociales que no van acordes con este desarrollo en otras áreas. Coleman (1993) expuso que la adolescencia en el plano social representa un período enormemente conflictivo e incluso concibió como apropiada la idea de considerarla como un período turbulento, máxime hoy día, momento en el que el adolescente se enfrenta a un mundo cambiante. A este respecto, se podría apuntar la existencia de dos posicionamientos básicos: para unos, la adolescencia es un período de transición, inestabilidad, inmadurez, problemas de adaptación, falta de seguridad, idealismo, etc. (Bayard y Bayard, 1998; Rechea, Barberet, Montañés y Arroyo, 1995; Vallejo-Nágera, 1997); para otros, la mayoría de los jóvenes son personas normales y responsables, de modo que es injusto conceptualizar las subculturas juveniles en función de semejante estereotipo o del comportamiento incoherente de algunos jóvenes (Casas, 2000; Castillo, 1999; Moral y Ovejero, 2004). Semejante énfasis en la proclividad de la aparición de fenómenos psicopatológicos en este período vital ha cedido paso a nuevas concepciones que ponen el énfasis en la optimización de los recursos afectivos y emocionales de los adolescentes (González, Donolo y Rinaudo, 2009). Actualmente, se conviene en calificar como *mito* la consideración de la adolescencia como supuesto *período tempestuoso*, de modo que podría hablarse de una profecía autocumplidora, dadas las indebidas generalizaciones en la percepción social y el persistente sensacionalismo mediático. Tales crisis han de ser interpretadas como forma de tránsito de una situación de equilibrio a otra, como construcción de un nuevo equilibrio -el equilibrio "positivo" de la condición adulta- y no una mera restauración del equilibrio perdido o equilibrio "negativo" propio de la condición social infantil. A pesar de la aceptación común de que durante la adolescencia tiene lugar una crisis de identidad personal acompañada de sentimientos de estrés, ansiedad, frustración, conflicto, etc., y de que, por tanto, el desarrollo de la identidad personal *no*

siempre avanza sin tropiezos (Herbert, 1988), se ha de poner en tela de juicio la idea de una crisis de identidad generalizada y generalizable a todos los adolescentes. Las mistificadas crisis de la adolescencia no responden necesariamente a la visión estereotipada de la adolescencia vinculada a la idea de riesgo, no concebida como un problema, sino como una oportunidad para el desarrollo y el crecimiento personal, en los términos expuestos por Oliva (2004). Asimismo, la juventud ha de ser concebida como condición dinámica y como una condición social heterogénea, es decir, un modo de transición social idiosincrásico y producto singularizado de diversas tipologías y subculturas juveniles. En suma, más que engrosar acríticamente la conceptualización de un período mistificado de tensión por excelencia, ha de convenirse en la acepción de crisis como *cambio*, manifestándose desajustes en la conformación de la identidad en los adolescentes contemporáneos que tienden a resolverse adaptativamente. Se constata que la detección y diagnóstico de trastornos afectivos en la adolescencia se ha visto dificultado por los estereotipos referentes al *Sturm und Drang* aludidos con anterioridad. Por ejemplo, en el caso de la enfermedad maniaco-depresiva bipolar es frecuente que se malinterpreten los episodios de manía o depresión. Es más, "todavía persiste la creencia de que el comportamiento aberrante, extravagante y alocado forma parte de la confusión adolescente o que la depresión es reactiva a una de las muchas vicisitudes de la adolescencia" (Carlson, 1985, p. 71). A este respecto, las implicaciones psicosociales de la aseveración de Erikson (1980) respecto a la llamada *patología de la vida diaria* son importantes, pues, el autor afirmó que cualquier perturbación es normal en la adolescencia, de lo cual se deduce que otorgó un considerable peso al punto de vista convencional del literario torbellino adolescente. Sin embargo, el estereotipo generalizado erróneamente sobre las crisis de emotividad soliviantada de los adolescentes no halla reflejo en los porcentajes de trastornos psiquiátricos que se mantienen en un nivel similar al de otros estadios, tal como se

describe en proyectos europeos sobre epidemiología de los trastornos mentales enmarcados dentro de iniciativa de la O.M.S. (véase Haro et al., 2003; Kessler et al., 2003), aunque es posible que se modifique su naturaleza (Abella y Manzano, 2007; Moreno et al., 2008; Moreno, Rivera, Ramos, Muñoz, Sánchez, y Granado, 2008; Muñoz, Pérez, Sánchez, y Moreno, 2005). En la literatura especializada sobre el tema se recogen estudios sobre trastornos afectivos en la infancia y adolescencia con referencias en el entorno anglosajón (Angold, 1987; Birmaher, Ryan y Williamson, 1996; Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman et al., 1996; Cantwell y Carlson, 1985; Cantwell, Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1997; Carlson y Strober, 1985; Harrington, 1992) u otras más actuales con adolescentes españoles (Balanza, Morales y Guerrero, 2009; Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999; González et al., 2003; Moral, 2006; Polaino-Lorente, 1998, 2004; Royo, 2002), así como trastornos de personalidad (Palacio, 2007), creencias obsesivas (Fonseca, Lemos, Paino, Villazón, Sierra y Muñiz, 2009) u otros trastornos de ansiedad generalizada y de ansiedad por separación en niños y adolescentes, proponiéndose eficaces terapias cognitivo-conductuales (Barret, 2000; Mendlowitz, Manassis, Bradley, Scapillato, Miezitis y Shaw, 1999; Orgilés, Méndez, Alcázar e Ingles, 2003). Asimismo, en una sociedad calificada por Sabrovsky (1996) como *sociedad del desánimo* la desesperanza individual se asocia a la vulnerabilidad cognitiva al estrés (Amutio y Smith, 2008; Calvete, Villardón, Estévez y Espina, 2007) y está comprobada la relación entre la percepción de salud y el cansancio emocional (González, Landero y Tapia, 2007) y los propios acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia (Jiménez, Menéndez e Hidalgo, 2008).

El grupo de edad que se considera de más alto riesgo en relación a la soledad es la adolescencia (Expósito y Moya, 2000; Tapia, Fioretino y Correché, 2003). En relación a esta cuestión Pretty, Andrewes y Collett (1994) afirmaron que la soledad fue descrita en la

adolescencia vinculada con el fracaso en la satisfacción de necesidades de relación con pares y relaciones íntimas. Por otra parte, se constata que en Europa la mayor parte de tentativas de suicidio se dan en adolescentes y jóvenes adultos (Blumenthal, y Kumphier, 1990; Diekstra, 1993; Hagedorn y Omar, 2002). La actitud favorable hacia el suicidio correlaciona positivamente tanto con la ideación como con la tentativa suicida siendo un factor de alto valor predictivo del comportamiento suicida en los adolescentes y jóvenes (González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; Ruiz, Riquelme y Buendía, 2000, 2001; Ruiz, Navarro-Ruiz, Torrente y Rodríguez, 2005). A este respecto, en el análisis de Villardón (1993) acerca de las *conductas de suicidio* de los adolescentes españoles contemporáneos, además de los factores predisponentes del individuo, hay que considerar las características propias de la sociedad en las que están inmersos, de modo que valores sociales tales como la competitividad pueden dificultar los contactos sociales satisfactorios. Precisamente, respecto a la cuestión del *rechazo por parte del grupo de iguales*, así como en relación con la problemática de la ansiedad escolar y el descenso de su rendimiento académico y la depresión infanto-juvenil, convendría apuntar que, tanto si se especula sobre la posibilidad de que un joven que se enfrenta a exigencias inadecuadas a sus capacidades desarrollará una baja autoestima, indefensión y desesperanza como si concebimos los desajustes comportamentales y los problemas de concentración de un adolescente deprimido como consecuencia de la poca concentración, lo cierto es que fracaso escolar y depresión están asociados, de acuerdo con la opinión explicitada hace un par de décadas por Carlson (1985). Suelen asociarse a los síntomas depresivos problemas académicos o de conducta en la escuela, tales como un descenso de las calificaciones, una manifiesta incapacidad para concentrarse e incluso un deseo persistente de evitar la escuela. La triada cognitiva caracterizada por la cólera, la resistencia pasiva y la conducta opositora se manifiesta en estos individuos (Petti, 1985).

También se ha identificado un grupo de síntomas que pueden denotar la presencia de un *síndrome depresivo en los adolescentes*, tales como trastornos del sueño, temor a la muerte, retraimiento social, absentismo escolar, quejas somáticas, conducta agresiva y ansiedad general (Hoffman, Baldwin y Cerbone, 2003; Wicks-Nelson e Israel, 1997). A la interpretación sociocognitiva ha de sumársele la importancia derivada de la *confusión y rechazo de la propia identidad*, así como del yo ideal o conjunto de metas y expectativas cuya consecución el adolescente confía en lograr. Es más, otro factor de crucial valor interpretativo son las *dificultades en las habilidades de comunicación* e interacción sociales e interpersonales, ya que la angustia por hacerse amigos y las inadecuadas habilidades sociales que favorezcan y potencien los procesos interaccionales constituyen para Gottman (1977) algunas de las características que definen el retraimiento social que, a su vez, es un elemento central en los procesos de depresión en adolescentes (García y Rodríguez, 1991). En efecto, Barrigüete (1995) expuso que el rechazo por parte de los compañeros ocasionará al escolar trastornos emocionales, ciertos sentimientos de hostilidad hacia ellos y hacia la propia escuela. A este respecto, tanto las habilidades a nivel social como emocional actúan como factores facilitadores de la conducta adaptada del adolescente. En este sentido, en población adolescente se ha constatado una relación entre la baja ansiedad y la reparación emocional y la alta percepción subjetiva de salud y bienestar individual (Montañés y Latorre, 2004). Abundan en la literatura española especializada sobre el tema referencias a las relaciones entre inteligencia emocional y ajuste psicológico en adolescentes (Del Barrio, Mestre y Tur, 2004; Molero, Cerdá y Gómez, 1997; Martín, Harillo y Mora, 2008; Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Martina, 2006), así como entre aquella y la emocionalidad negativa (ansiedad, ira y tristeza/depresión) en estudios como los de Salguero e Iruarrizaga (2006) o entre la inteligencia emocional percibida y el consumo de drogas iniciáticas (Ruiz-Aranda,

Fernández, Cabello y Extremera, 2006), entre otros.

En definitiva, en contra de la visión más estereotipada de la *tormentosa revolución* de la adolescencia, proponemos que es una etapa de reajustes a nivel fisiológico, cognitivo, emocional y social que tienden a ser resueltos adaptativamente, de ahí que se hayan de planificar e implementar intervenciones psicosociales con objeto de reducir algunos indicios de estrés e inestabilidad socioafectiva, de cierto grado de vulnerabilidad y escasa eficacia interpersonal, así como a un nivel más organizacional y sociocomunitario.

Nuestro objetivo es estudiar diversos desajustes a nivel relacional, afectivo y emocional en los adolescentes, interpretados no como un detonante de trastorno, sino como una tendencia a experimentar cierta inestabilidad emocional dentro de límites absolutamente normales en la mayoría de los casos abordados y generada, en buena medida, por la mediación de cambios psicosociales propios de la adolescencia.

2. Método

2.1. Muestra

Mediante un *muestreo intencional u opinático*, dado el interés de los investigadores por una muestra poblacional determinada (Arnau, Anguera y Gómez Benito, 1990), se han elegido cuatro Centros de Enseñanza Secundaria del Principado de Asturias (colegios públicos y localizados en centros urbanos), aplicándose las pruebas a veintitrés grupos escolares elegidos aleatoriamente de distintos niveles que integran todo el colectivo disponible. Se ha seleccionado un estrato poblacional que abarca, básicamente, desde la *primera adolescencia* (12-13 años) hasta la *adolescencia media* (17-19 años), debido a nuestro específico interés en emprender una investigación psicosocial sobre la construcción de los procesos identitarios y, más en concreto, en el análisis de los desajustes psicoafectivos y emocionales, vinculado al supuesto relativo a la

desmitificación del *período tormentoso*. La muestra seleccionada está constituida por 630 alumnos: 328 chicas que representan el 52.1% de la muestra y 302 chicos que componen el 47.9% restante. El rango de edad oscila entre un mínimo de 12 años y un máximo de 19 (media 15.49 años). La elección de estos niveles de edad ya ha sido justificado con anterioridad, ya que abarca, básicamente, el correspondiente a la Enseñanza Secundaria, período de edad que supone cambios a múltiples niveles, tales como el fisiológico, psicológico y social. Respecto a la situación académica de los estudiantes que componen la muestra ha de apuntarse que el 92.1% (n=580) de los alumnos que integran la muestra no tienen asignaturas pendientes y promociona el 99.8% (n=629). Los adolescentes seleccionados pertenecen a hogares en los que mayoritariamente sus madres son amas de casa (64.0%, n=372), siendo los niveles más representativos de status profesional paterno tanto de *obrero cualificado* (50.7%, n=277) como *sin cualificar* (17.0%, n=93).

2.2. Variables investigadas e Instrumentos de evaluación

Se han empleado descriptores de variables sociodemográficas básicas, focalizándose nuestro interés investigador en el análisis de variables socioafectivas y emocionales -tales como *búsqueda de atención*, indicadores de *depresión/ansiedad*, *problemas de relación*, *conducta delictiva* u otros *trastornos del comportamiento*-. Para la medición de tales desajustes socioafectivos se ha empleado la adaptación al castellano del instrumento *Youth Self Report* (Y.S.R.) creado por Achenbach (1991) y elaborado para el nivel de edad de 11 a 18 años (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992). De éste se ha suprimido la primera parte relativa a la descripción de aficiones, actividades deportivas, etc., y valoración del desempeño en ellas comparado con la previsible realización del grupo de iguales. Hemos optado por centrarnos en el estudio de las *conductas problema* medidas mediante 112 ítems formulados en sentido positivo y negativo y medidos en una escala mediante la cual se concreta el grado de acuerdo o no con las

mismas (0=No es verdad; 1=Algo verdadero o verdad a medias; 2=muy verdadero o frecuentemente verdad). Según los resultados de la estructura factorial este instrumento está integrado por siete factores: *Depresión/Ansiedad* (F1DA), *Conducta Delictiva* (F2CD), *Conducta Agresiva* (F3CA), *Quejas Somáticas* (F4QS), *Problemas de Pensamiento* (F5PP), *Problemas de Relación* (F6PR) y *Búsqueda de Atención* (F7BA). Respecto a ciertas cuestiones metodológicas concernientes a la fiabilidad del instrumento el valor del coeficiente ALPHA para una muestra de 583 casos válidos y 112 ítems es de .9100. Asimismo, se ha empleado el S.D.Q-II (Marsh y Shavelson, 1985) para la medición del autoconcepto de los adolescentes, seleccionándose de todas las dimensiones que componen este constructo la relativa a *estabilidad-inestabilidad emocional* (DEEMP-DEEMN) y *autoconcepto general* positivo (DGENP) y negativo (DGENN).

2.3. Procedimiento y Análisis de datos

Contando con la colaboración de los miembros de los Departamentos de Orientación y con el correspondiente permiso paterno/materno las pruebas empleadas en la investigación fueron aplicadas tanto por el equipo investigador como por los tutores de los respectivos cursos en el horario por ellos acordado, en función de la disponibilidad de tiempo, en dos sesiones en sendos días en horario de actividad libre o de tutoría.

En el estudio descriptivo se han realizado análisis de frecuencias y porcentajes de respuesta, así como análisis de diferencias de medias y multivariados. Para la recogida y procesamiento de los datos se ha empleado el paquete estadístico SPSS/WIN versión 15.0.

3. Resultados

En primer lugar, se ofrece la distribución de frecuencias y porcentajes de respuesta ante cada uno de los ítems que integran los factores clínicos en los que se alude a diversos trastornos

psicoafectivos y sociorelacionales (véase Tablas 1 a 3). Tales resultados se ofrecen como apoyo empírico de los supuestos centrales del planteamiento teórico, esto es, la inadecuación del estereotipo relativo a la *tormentosa revolución* durante la adolescencia o período de sucesión de crisis incontroladas e incontrolables que puede que deriven en patología. A pesar de las limitaciones de un estudio descriptivo preliminar no se confirma la manifestación de desajustes de interés a en las dimensiones que exploran posibles trastornos afectivos y relacionales.

En relación con los porcentajes de respuesta adscritos a cada uno de los niveles de respuesta (*no es Verdadero, algo Verdadero y muy Verdadero*) del factor relativo a los desajustes a nivel emocional indicativos de un posible cuadro depresivo-ansiógeno (FIDA) hay que puntualizar algunas cuestiones. Por un lado, el alto porcentaje de respuesta de rechazo que denota estabilidad y que fluctúa entre un mínimo de un 59.1% (n=348, "*me siento confuso*") a un porcentaje de respuesta máximo de un 89.0% (n=524, "*deliberadamente he tratado de hacerme daño a mí mismo o suicidarme*"). Este último porcentaje de respuesta, mediante el cual se responde ante la posibilidad de autolesión física, está relacionado con los pensamientos suicidas. Si bien el 85.4% (n= 502) de la muestra rechaza esta posibilidad, sin embargo, desde el punto de vista psicosocial, hay que reseñar un significativo porcentaje de reconocimiento de pensamientos suicidas o de autolesión física. En concreto, el 14.6% (n=86) de los adolescentes que integran la muestra responden afirmativamente en su conjunto (nivel de respuesta *algo Verdadero*, 11.2% y *nivel de respuesta Muy Verdadero*, 3.4%). En la misma dirección se hallan resultados tales como los relativos al *estado de tristeza y depresión* percibido por el 31.8% de los adolescentes (nivel de respuesta intermedio) que confirman que *se sienten desgraciados, tristes o deprimidos* y un 4.8% (n=28) lo confirman mediante la opción de respuesta extrema. Asimismo, la manifestación a nivel fisiológico de un previsible cuadro ansiógeno ("*lloro mucho*"), si bien es rechazada por un 67.4% (n=397) de los adolescentes, es confirmada por el 26.2% de los mismos (nivel 2:

24.3%, n=143 y nivel 3: 8.3%, n=49) (véase Tabla 1). El estudio del posible cuadro ansiógeno ha de completarse con otras manifestaciones a nivel orgánico para lo cual podría actuar como indicador los resultados hallados en el análisis del factor *Quejas Somáticas* (F4QS) tales como cansancio o agotamiento y otros problemas físicos (náuseas, sudoración, calambres, etc.) sin causa médica conocida. Como habíamos comentado con anterioridad, el porcentaje de respuesta más bajo correspondiente al nivel 1 (*no es Verdad*) se ha hallado en la afirmación "*me siento confuso*" (59.1%, *algo Verdadero*: 36.7% y *muy Verdadero*: 4.2%) indicativa, junto con otras, de la característica *desorientación psicosocial y confusión adolescente*, si bien nosotros lo hemos tipificado como indicativo de una búsqueda de identidad que constituye la principal preocupación del adolescente. Dada la importancia de los procesos interactivos con los otros como supuestos "factores protectores" de posibles desajustes a nivel social y afectivo y de sentimientos de soledad, y, asimismo, de la ausencia de unas adecuadas redes sociales de apoyo y amistad, así como inadecuadas habilidades sociales e indicios de rechazo o no aceptación como "predisponentes" de los mencionados desajustes, pues bien, como se puede apreciar en la Tabla 1 al menos en cinco de los ítems planteados se incide en esta cuestión. Ante la afirmación "*me siento solo*" o "*pienso que nadie me quiere*" un 72.8% (n=429) y un 75.2% (n=443) respectivamente responden de forma negativa. A estas afirmaciones de indudable interés psicosocial se unen otras indicativas de la valoración individual de la relación con los demás, de su manifiesto rechazo o competitividad (p.e. "*creo que los demás quieren fastidiarme*" y "*no le gusto a los demás*") indicativos de posibles conflictos relacionales percibidos.

- INSERTAR TABLA 1-

Los factores relativos a la *Conducta Disruptiva/Delictiva* (F2CD) y la *Conducta Agresiva* (F3CA) también han sido objeto de análisis. En cuestiones tales como el absentismo escolar y la desobediencia, los ataques físicos y amenazas y el consumo de alcohol u otras drogas no

prescritas por el médico -que constituyen el tipo de aseveraciones que integran el factor relativo a una conducta considerada como desviada de un estándar comportamental- se han obtenido bajos porcentajes de acuerdo. Indicadores de *Conducta Agresiva* (F3CA) relativos a la autopercepción valorativa de un carácter fuerte (p.e. "*discuto mucho*") integran este factor (véase Tabla 2). Se observa una mayor tendencia de respuesta en la opción *algo Verdadero* que denota que, en determinadas circunstancias, al enfrentarnos a diversas situaciones que percibimos como amenazantes, o acaso de forma sistemática en algunos sujetos, se recurre a este mecanismo de "enfrentamiento" verbal ante los demás.

En la dimensión *Problemas de Pensamiento* (F5PP) se alude a la posible existencia de ciertos desajustes psíquicos que provocan alteraciones de la realidad y del entorno físico que rodea al individuo. Así, algún indicio de una alucinación auditiva ("*oigo cosas que ninguna otra persona parece oír*"), o visual ("*veo cosas que nadie más parece ser capaz*"), de ideas recurrentes ("*tengo pensamientos que otros pueden parecerles extraños*") y, finalmente, ciertos rituales o conductas repetitivas ("*repito constantemente algunas acciones*") son rechazados por un porcentaje de casos que supera en cada uno de ellos el 83%, en concreto el 94.6% (n=557), 92.3% (n=543), 85.7%, (n=504) y 83.3%, (n=490) respectivamente.

- INSERTAR TABLA 2-

Los resultados hallados en el análisis de los factores relativos a *Problemas de Relación* (F6PR) y *Búsqueda de Atención* (F7BA) se exponen en la Tabla 3. Como se puede observar, el mayor porcentaje de respuesta concretado en el nivel 1 (*no es Verdad*) se halla en la afirmación "*suelo presumir o darme importancia*" (80.6%, n=474) seguido del rechazo a la afirmación "*siento celos de los demás*" (72.5%, n=427). En el sentido contrario responde un porcentaje muy pequeño de casos (nivel 3: 1.7%, n=10 y 2.7%, n=16, respectivamente) otros porcentajes de respuesta se exponen en las tablas apuntadas. Lo cierto es que ambos factores a los que hemos

aludido (*Problemas de Relación y Búsqueda de Atención*) se presupone que están estrechamente relacionados y conectados, a su vez, con inadecuadas habilidades sociales y comunicativas de relación con los otros que puede derivar en rechazo y posterior retraimiento social, elemento central en los procesos de depresión en los adolescentes y sentimientos de hostilidad hacia los compañeros y el ámbito escolar (Barrigüete, 1995).

- INSERTAR TABLA 3-

Se ha comprobado la existencia de diferencias significativas en los factores explorados en función de indicadores tales como el Nivel de edad, el Autoconcepto general, la Relación con los Iguales y el grado de Insatisfacción institucional que se recogen en la correspondiente Tabla 4. En primer lugar, respecto al nivel de edad se ha comprobado que los adolescentes tienden a manifestar mayores desajustes de *Conducta disruptiva* ($F=3.628$, $p<.05$) y de *Conducta agresiva* ($F=3.564$, $p<.05$), *Problemas de Relación* ($F=6.698$, $p<.01$), *Búsquedas de atención* ($F=5.725$, $p<.01$) y en su conjunto indicadores de *Patología Externa* ($F=2.929$, $p<.05$) a medida que se incrementa la edad, siendo significativas las diferencias entre los niveles de edad intermedio (14-16 años) y superior (>16 años) en relación al nivel de edad básico (12-13 años). En el caso de las diferencias en función del Autoconcepto general se comprueba la misma tendencia para todos los indicadores analizados con excepción de los factores *Problemas de pensamiento* y *Búsquedas de Atención* que no resultan significativos en la dirección de mayor inestabilidad emocional y en el comportamiento relacional en función de un más bajo autoconcepto general. Respecto al análisis de las diferencias en desajustes comportamentales y afectivos en función de los problemas percibidos de Relación con los iguales se ha comprobado la existencia de diferencias significativas en todos los indicadores (desde *Depresión* y *Ansiedad* hasta *Patología Externa*), dada la modulación psicosocial predicha. Finalmente, se han hallado diferencias significativas en función del grado de Insatisfacción institucional en todos los indicadores de desregulación

emocional y comportamental salvo en *Quejas somáticas* y *Conductas Problema*.

- INSERTAR TABLA 4-

En su conjunto los resultados anteriores podrían aducirse como apoyo al supuesto de que una autovaloración negativa ya sea a nivel de autoconcepto general, relación con los iguales conflictuada o de insatisfacción a nivel académico influyen sobre la manifestación de ciertos desajustes a nivel relacional, comportamental o socioafectivo. A su vez, posibles desajustes en los niveles aludidos podrían estar conectados con una menor competencia social y con sentimientos de infravaloración. Para comprobar este supuesto se han realizado dos análisis discriminantes: uno de ellos de gran interés psicosocial, las *Crisis de Identidad* del adolescente y otra con mayores connotaciones clínicas, la *Ideación suicida* con el fin de clasificar correctamente a uno y otro grupo de pertenencia predicho a partir de las variables explicitadas y en la dirección predicha, si bien, evidentemente, otras muchas variables no investigadas podrían contribuir a clasificar de forma adecuada.

Respecto a la función discriminante *Crisis de Identidad*, se ha hallado en su conjunto que el 72.7% de los casos agrupados originales están clasificados correctamente, obteniéndose el máximo porcentaje de predicción correcta en cada uno de los correspondientes grupos de pertenencia pronosticado. A partir del análisis de los valores medios obtenidos para cada una de las variables o factores que predicen la función discriminante según el grupo de clasificación se confirma la significación de las diferencias en las puntuaciones medias en todos los casos. Los adolescentes que sufren crisis de identidad manifiestan más *Conductas problema*, mayores desajustes emocionales y problemas de relación que conducen a una mayor búsqueda de atención y en otros indicadores etiquetados como de conducta desviada en el que se incluyen experimentación con sustancias psicoactivas y relaciones con adolescentes conflictivos, desobediencias, amenazas o agresiones físicas, reportan experimentar menor satisfacción

institucional, perciben una relación más conflictiva con sus padres y presentan un concepto general de sí mismo más negativo. Como se puede apreciar al analizar el peso relativo de cada variable en la función discriminante, los factores que más contribuyen a clasificar son, fundamentalmente, el de *Depresión/Ansiedad* (.972), *Patología Interna* (.847), *Dimensión Problema* (.726), *Patología Externa* (.469), *Quejas somáticas* (.430), *Conducta desviada* (.415) y *Problemas de Relación* (.405) y otros factores con pesos inferiores a .40 que discriminan en menor medida (véase Tabla 5).

- INSERTAR TABLA 5-

Finalmente, se ha confirmado que los casos de adolescentes con *ideación suicida* están correctamente clasificados en función de las variables predichas (véase Tabla 7). Los factores que más contribuyen a clasificar la función discriminante son *Depresión/Ansiedad* (.889), *Patología Interna* (.724), *Dimensión Problema* (.723), *Conducta desviada* (.650), *Patología Externa* (.560), *Relación conflictiva con los iguales* (.530), *Problemas de Pensamiento* (.520) y *Problemas de relación* (.511), junto a otros con pesos relativos inferiores a .50. Aquellos adolescentes con ideación suicida presentan mayores desajustes afectivos y problemas de ansiedad, comportamientos desviados (amenazas, peleas, etc.), conflictos en la relación con los iguales, así como manifestación de comportamientos recurrentes, pensamientos obsesivos y cuadros de confusión (véase Tabla 6).

- INSERTAR TABLA 6-

4. Discusión

En esta aproximación psicosocial al análisis de los desajustes y trastornos psicoafectivos y emocionales, así como a la percepción valorativa de los procesos de conformación social de la identidad, nos hemos interesado por las representaciones sociales sobre la condición de

adolescencia soliviantada, si bien ha de reconocerse la dificultad inherente al estudio comprensivo de la *adolescencia tomentosa* como objeto de análisis socioconstruido. Se ha analizado críticamente el supuesto relativo a la creencia de la generalidad e intensidad de los trastornos emocionales durante la adolescencia, con el cual hemos mostrado nuestra disconformidad. Además, hemos de ser conscientes, tal como puntualizó con acierto Lozano (1996), que la pretensión de rigor y objetividad científica puede inducir a atribuir de forma exclusiva los problemas a los adolescentes que los sufren, de manera que la aplicación de los instrumentos de diagnóstico, mayoritariamente de forma individual y fuera de contexto, lleva a suponer que la *causa* del problema radica dentro de ellos, obviando la multitud de influencias externas que modulan los trastornos aludidos. Ello ha de asociarse a la necesidad de *despsicologizar* problematizaciones acuciantes (Moral, 2008), así como emprender un ejercicio comprensivo de la adolescencia (Crosera, 2001) y, de acuerdo con la advertencia de Funes (2003), abogar por la desmitificación de este estadio psicosocial no considerándolo de base como un problema en sí mismo. En este sentido, se ha valorado como inadecuada una desvinculación de la entidad de las crisis de los adolescentes contemporáneos de las desregulaciones de su entorno sociocultural.

En concreto, se aportan las siguientes conclusiones en función de los resultados hallados:

a) En su conjunto, a partir de la evaluación de los indicadores de *patología internalizada* (véase depresión-ansiedad, quejas somáticas y pensamientos negativos) se han obtenido resultados acorde con la investigación sobre el tema ((Balanza et al., 2009; Fonseca et al., 2009; Jiménez et al., 2008; Moreno et al., 2008) que contradicen la visión estereotípica sobre los desajustes afectivos y emocionales durante la adolescencia.

b) Se ha encontrado apoyo al estado de confusión identitaria y desorientación psicosocial, características de los adolescentes, junto a otras manifestaciones de *patología externalizada*

asociadas a los problemas en la relación con los iguales, al retraimiento social, la búsqueda de atención o la conducta desviada/disruptiva, entre otras. Semejante estado no representa bajo nuestro parecer ningún indicador aparente de trastorno, sino un signo inequívoco de normalidad en las condiciones de cambio bio-psico-social a las que se adaptan (Moral y Ovejero, 2004).

c) Se ha comprobado la existencia de diferencias significativas en los indicadores de desajustes afectivos y relacionales en función de indicadores tales como el Nivel de edad, el Autoconcepto general, la Relación con los Iguales y el grado de Insatisfacción institucional.

c.1.) Se ha hallado mayor vulnerabilidad a manifestaciones de *Patología Externalizada (Conducta Disruptiva, Conducta agresiva, Problemas de Relación y Búsquedas de atención)* a medida que se incrementa la edad en relación al nivel de adolescencia temprana (12-13 años), lo cual va en la dirección de otros hallazgos de la literatura sobre el tema (Aláez, Martínez y Rodríguez, 2000; Ezpeleta, 2005; Lemos, 2003; Martínez, Rodríguez y Aláez, 2000) que apuntan a una manifestación y/o agudización de tales desajustes en años de cambios psicosociales, más que meramente hormonales (Moral, 2006).

c.2.) El supuesto relativo a las diferencias en Autoconcepto general en adolescentes con mayor inestabilidad emocional y con problemas relacionales ha encontrado apoyo estadístico en la dirección predicha en consonancia con otros estudios (Aunola, Sttatin y Nurmi, 2000; Calvo, González y Martorell, 2001; Garaigordobil y Bernarás, 2009; Garaigordobil, Pérez, y Mozaz, 2008; Kim, 2003), de lo cual se deduce la importancia nuclear de la percepción valorativa de uno mismo en la estabilidad afectiva y relacional, así como la modulación sobre el autoconcepto general una vez manifestados tales conflictos afectivos y relacionales.

c.3.) Se confirman las diferencias en todos los indicadores (desde *Depresión y Ansiedad* hasta *Patología Externa*) en función del tipo de Relación con los Iguales, de lo cual se deduce la significación de la influencia psicosocial sobre el ajuste emocional y la satisfacción vital durante la adolescencia. En este sentido, se ha constatado que el apego a los iguales ejerce una influencia positiva sobre el ajuste emocional (Oliva, Morago, Parra y Sánchez-Queija, 2008).

c.4.) Se han hallado diferencias significativas en función del grado de Insatisfacción institucional en todos los indicadores de desregulación emocional e inadaptación

social (salvo en *Quejas somáticas* y *Conductas Problema*), en la misma dirección que otros resultados (Aunola et al., 2003; Moral, 2004), en los que se confirma que la insatisfacción escolar se asocia a desajustes afectivos y relacionales mediados por la baja autoestima, así como relacionada a estilos cognitivos depresógenos (Jiménez y Cabrera, 1999).

d) Los adolescentes que manifiestan confusión y crisis de identidad manifiestan mayores desajustes relacionales, inestabilidad emocional, búsquedas de atención, relaciones con adolescentes conflictivos, desobediencias, amenazas y agresiones físicas, perciben una relación más conflictiva con sus padres y menor cohesión familiar, muestran mayor insatisfacción institucional y presentan un concepto general de sí mismo más negativo. En este sentido, se ha confirmado la vinculación entre la desorientación identitaria, desajustes emocionales y conflictos relacionales, en la misma dirección que otros estudios (Alvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez, 2009; Balanza et al., 2009; Jiménez y López-Zafra, 2008; Moral, 2006).

e) A partir del análisis de la ideación suicida en adolescentes se concluye que la manifestación de inestabilidad emocional, depresión y/o ansiedad, búsquedas de atención y conductas desviadas (amenazas, peleas, etc.), comportamientos recurrentes, pensamientos obsesivos y cuadros de confusión, relación con los iguales conflictuada, problemas en la convivencia familiar y una autovaloración negativa a nivel de autoconcepto general, entre otros factores, influyen sobre la ideación e intento suicida, lo cual encuentra apoyo en la literatura sobre el tema (González et al., 2003; Peña, Casas, Padilla, Gómez y Gallardo, 2002; Ruiz et al., 2005).

Tomando en consideración las limitaciones de las técnicas estadísticas empleadas en estudios descriptivos y correlacionales, no se puede afirmar de manera concluyente la influencia de unas variables sobre otras, pero se ha constatado la existencia de diferencias significativas en la dirección predicha. No se avala la existencia de una crisis aguda y generalizada, sino, de

continuas y adaptativas revisiones y modificaciones del concepto de sí mismo.

Nos hemos mostrado de acuerdo con el planteamiento según el cual, la adolescencia ha de ser concebida, más bien como un largo y paulatino proceso de adaptación que como un período de sucesivos e incontrolados tumultos y crisis. Sin embargo, abundan las aportaciones sobre las supuestas *convulsiones* incontroladas e incontrolables del período adolescente que contribuyen a fomentar la imagen del período de rebeldía sin causa, de conflictos irresolubles, de ardiente juventud, de enfrentamiento generacional, de banalización de las responsabilidades, etc. (véase Bayard y Bayard, 1998; Rechea et al., 1995; Vallejo-Nágera, 1997). Este hecho, en esencia, ha contribuido durante décadas a mistificar sus crisis, reificando las representaciones sociales acordes con esta cuestión, máxime en tiempos de incertidumbres generalizadas, en este mundo *patas arriba*, descrito magistralmente por Galeano (1998). Y sin embargo, el enfrentarse adaptativamente a estos cambios pubertarios, emocionales y psicosociales, constituye el recurso mediante el cual se reformula paulatinamente una identidad personal y social condicionada por las exigencias del grupo (Deschamps y Devos, 1996; Huici, 1999), así como por los imperativos sociales y giros en las dinámicas interpersonales (Myers, 2000, 2004) en los que el individuo está inmerso en estas sociedades postindustriales caracterizadas por un declive en el estado de bienestar (Esping-Andersen, 2000; Muñoz, García y González Seara, 2000; Ritzer, 2006; Wallerstein, 1999), con la consiguiente relativización de valores comunes y el surgimiento de crecientes desigualdades en condiciones de *bienestar estancado*, en los términos de Lafontaine y Müller (1998). Precisamente, Blanco y Díaz (2006) al aludir a la vinculación entre el orden social y la salud mental desde aproximaciones propias del bienestar social inciden en la importancia de valorar semejante retroalimentación.

El centrar las problemáticas del adolescente contemporáneo en cuestiones relativas a la búsqueda y redefinición de sus procesos identitarios, y en aspectos como la corporeidad, la

identificación psicosocial, la mismidad y la alteridad o los referentes grupales, vinculando sus coordenadas vitales a crisis globales varias, representa una pertinente reinterpretación de las realidades juveniles, signos y síntomas de otros desajustes. Abogamos por la necesidad de *repensar* la identidad de los trastornos personales, no *personalizando* los conflictos, sino incardinándolos en las condiciones vitales y contextuales donde se manifiestan asociados a otras desregulaciones sociales. En materia de salud, ha de incidirse en el reforzamiento de *la concepción social de las acciones de salud* (véase León Rubio, 2000), conviniéndose en la necesidad de un abordaje plenamente integrado con acciones plurales de las propuestas conceptualizadoras que se ajuste a la multideterminación de los fenómenos investigados. Conviene promover una reinterpretación contextualizada y radicalmente crítica, en el sentido frommniano, de las *patologías contemporáneas* (Moral y Pastor, 2003; Pastor, Ovejero y Moral, 2000), ya sea bajo la adopción de una perspectiva constructivista en el análisis de las representaciones de la enfermedad, tal como la aportada por Arrizabalaga (2000), un análisis de la legitimación institucional de la propia práctica médica sometido a un ejercicio reflexivo crítico por parte de Perdiguero y Comelles (2000) u otras referencias a la implicación de factores culturales en los modelos dominantes de salud (Seppelli, 2000). La responsabilidad individual hacia la propia salud, tanto en el adolescente contemporáneo como en cualquier otro individuo, en condiciones de revalorización de la importancia del estado de bienestar holístico (físico, psicológico y social), ha de ampliarse a una corresponsabilización comprometida de la propia salud sociocomunitaria, problematizada por otros desórdenes globales. Abogamos por la conveniencia de considerar los trastornos psicológicos como entidades interactivas susceptibles de ser influenciadas por las propias explicaciones e interpretaciones clínicas que de ellas se aportan, así como por la explicación social y cultural y sus representaciones sociales (Hacking, 2001). De ahí la conveniencia de analizar las implicaciones de aspectos psicosociales en la

génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos afectivos y relacionales durante la adolescencia. A su vez, se incide en la necesidad de evitar medicalizar los problemas de la vida cotidiana (Lemos, 2008; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Moral, 2008).

A nivel operativo, como líneas prospectivas de intervención se propone incidir en la vinculación entre la identidad individual y social de los adolescentes, su autoconcepto y la optimización de sus estilos de vida saludables (Moral, 2006; Pastor, Balaguer y García-Merita, 2006). Asimismo, se aboga por la necesidad de promover la autorregulación personal en la resolución de comportamientos interaccionales desadaptativos (De la Fuente, Peralta y Sánchez, 2009). Ante la problemática de la ideación y conducta suicida se abunda en la necesidad de promover grupos de discusión en adolescentes en riesgo de suicidio dentro de psicoterapias integrales (Páramo, Straniero, Hadid y Fachinelli, 2006) evitando eufemismos, disfemismos y tabúes que representan un lastre en el proceso terapéutico. A nivel operativo se prioriza la conveniencia de promover programas de mejoras de las competencias afectivas, comunicativas e interpersonales de los adolescentes en el ámbito académico (Bisquerra, 2000, 2009; Hué, 2008; López y Encabo, 2001; Martín et al., 2008; Moral, 2006), dada la convicción de que los centros educativos no sólo representan los principales contextos de la intervención psicopedagógica, sino que en ellos ha de desarrollarse una educación sociopersonal y comunitaria y son el escenario de un universo psicosociológico y un espacio de sociabilidad que no se agota en el marco organizativo.

5. Referencias

Abella, A. y Manzano, J. (2007). Los trastornos psíquicos de la infancia y de la adolescencia hoy: un importante problema de salud pública. *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente*, 10, 81-87.

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Young Self Report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.

- Aláez, Martínez, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Almarcha, A., Cristóbal, P. y Castro, L.F. (2005). Tendencias de las trayectorias de los titulados en tránsito al mercado laboral. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 233-246.
- Alvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. y Jiménez, M.L. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216.
- Álvaro, J.L. (2001). Psicología social del desempleo: sus efectos en la salud mental. En J.L. González Castro (Ed). *Sociedad y sucesos vitales extremos* (pp. 95-111). Burgos: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Burgos.
- Angold, A. (1987). Childhood and adolescent depression, I: epidemiological and etiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 69-78.
- Amutio, A. y Smith, J.C. (2008). Estrés y creencias irracionales en estudiantes universitarios, *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 211-220.
- Arbelo, A., Hernández, G. y Arbelo, A. (1985). *Demografía sanitaria de la adolescencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Publicaciones.
- Arnau, J., Anguera, M.T. y Gómez Benito, J. (1990). *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento*. Murcia: Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Arrizabalaga, J. (2000). Cultura e historia de la enfermedad. En E. Perdiguero y J.M. Comelles (Eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 71-81). Barcelona: Bellaterra.
- Aunola, K. Satattin, H. y Nurmi, J.E (200). Adolescents' achievement strategies, school adjustment, and externalizing and internalizing problem behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), 289-306.
- Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente*, 20(2), 177-187.
- Barrett, P.M. (2000). Treatment of childhood anxiety: developmental aspects. *Clinical Psychology Review*, 20, 479-494.
- Barrigüete, C. (1995). Personalidad. En J. Beltrán Llera y J.A. Bueno Alvarez (eds.). *Psicología de la educación*. Barcelona: Marcombo-Boixareu Universitaria.
- Bayard, R.T. y Bayard, J. (1998). *¡Socorro! Tengo un hijo adolescente. Guía de supervivencia para padres desesperados*. Madrid: Temas de Hoy.
- Beck, U. (1999). *World Risk Society*. Cambridge: Cambridge Polity Press.
- Biersteker, Th.J. (2000). Globalization as a Mode of Thinking in Mayor Institutional Actors. En N. Woods (Ed.). *The Political Economy of Globalization*. Londres: MacMillan.
- Birmaher, B., Ryan, N. y Williamson, D. (1996). Depression in children and adolescents: clinical

features and pathogenesis. In K. Shulman, M. Tohen y S. Kutcher (eds.). *Mood Disorders Across the Life Span* (pp. 51-83). Nueva York: Willey.

Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J. et al. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years: Part II. *Journal of Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1575-1583.

Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.

Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.

Blanch, J.M. (2001). Empleo y desempleo, ¿viejos conceptos en nuevos contextos? En E. Agulló y A. Ovejero, A. (Coords.) *Trabajo, individuo y sociedad. Perspectivas psicosociológicas sobre el futuro del trabajo* (pp. 27-48). Madrid: Pirámide.

Blanco, A. y Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud: Revista de Psicología Clínica y Salud*, 17(1), 7-29.

Blumenthal, S. y Kumpfer, D. (Comp.) (1990). *Suicide over the life cycle: risk factors assessment and treatment of suicidal patients*. Washington: American psychiatric Press.

Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.

Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A. y Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 215-227.

Cantwell, D.P y Carlson, G.A. (1985). Clasificación de los trastornos afectivos. En D.P. Cantwell y G.A. Carlson. *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia* (pp. 32-47). Barcelona: Martínez-Roca.

Cantwell, D.P., Lewinsohn, P.M., Rohde, P. y Seeley, J.R. (1997). Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic criteria. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 610-619.

Carlson, G.A. (1985). Visión global de las formas enmascaradas alternativas a la depresión. En D.P. Cantwell y G.A. Carlson. *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia* (pp. 101-103). Barcelona: Martínez-Roca.

Carlson, G.A. y Strober, M. (1985). Trastornos afectivos en la adolescencia. En D.P. Cantwell y G.A. Carlson. *Trastornos afectivos en la infancia y en la adolescencia* (pp. 82-91). Barcelona: Martínez-Roca.

Casas, F. (2000). La adolescencia: retos para la investigación y para la sociedad europea de cara al siglo XXI. *Anuario de Psicología*, 31(2), 5-14.

Castillo, G. (1997). *Cautivos en la adolescencia. Los hijos que siguen en el nido. Los hijos que se refugian en el alcohol*. Barcelona: Oikos-Tau.

Castillo, G. (1999). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Pirámide.

- Coleman, J.C. (1993). Adolescence in a changing world. En S. Jackson y Rodríguez-Tomé (Eds.). *Adolescence and its social worlds* (pp. 251-268). Hillsdale: L.E.A.
- Crosera, S. (2001). *Para comprender al adolescente*. Barcelona: De Vecchi.
- Del Barrio, M.V. Mestre, M.V. y Tur, A.M. (2004). Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial. El efecto de los hábitos de crianza en la conducta del adolescente. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 78-88.
- Del Pozo, J.A., Ruiz, M.A., Pardo, A. y San Martín, R. (2002) Efectos de la duración del desempleo entre los desempleados. *Psicothema*, 14(2), 440-443.
- De la Fuente, J., Peralta, F. J. y Sánchez, M. D. (2009). Autorregulación personal y percepción de los comportamientos escolares desadaptativos. *Psicothema*, 21(4), 548-554.
- Deschamps, J.C. y Devos, T. (1996). Relaciones entre identidad social e identidad personal. En J.F. Morales, D. Páez, J.C. Deschamps y S. Worchel. *Identidad social. Aproximaciones psicosociales a los grupos y a las relaciones entre grupos* (pp. 39-55). Valencia: Promolibro.
- Diekstra, R.F.W. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, supplementum*, 371, 9-20.
- Erikson, E.H. (1980). *Identidad. Juventud y crisis*. Madrid: Taurus.
- Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Expósito, F. y Moya, M. (2000). Percepción de la soledad. *Psicothema*, 12(4), 579-585.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Fonseca, E., Lemos, S., Paino, M., Villazón, U., Sierra, S. y Muñiz, J. (2009). Evaluación de las creencias obsesivas en adolescentes. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(3), 351-363.
- Funes, J. (2003). ¿Cómo trabajar con adolescentes sin empezar por considerarlos un problema? *Papeles del Psicólogo*, 84, 1-8.
- Galeano, E. (1998). *Patas arriba. La escuela del mundo al revés*. Madrid: Siglo XXI.
- Garaigordobil, M. y Bernarás, E. (2009). Autoconcepto, autoestima, rasgos de personalidad y síntomas psicopatológicos en adolescentes con o sin discapacidad visual. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 149-160.
- Garaigordobil, M, Pérez, J. I. y Mozaz, M. (2008). Self-concepto, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20(1), 114-123.
- Garaigordobil, M., Durá, A. y Pérez, J. I. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la salud*, 1, 53-63.
- García, J. y Rodríguez, J. (1991). Depresión en la adolescencia: presentación de un caso. En F.X.

- Méndez y D. Maciá. *Modificación de conducta en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- García Sedeño, M.A., Barbero, M.I., Ávila, I. y García Tejera, M.C. (2003). La motivación laboral de los jóvenes en su primer empleo. *Psicothema*, 15(1), 109-113.
- Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado. El efecto de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Taurus.
- González, A., Donolo, D. y Rinaudo, C. (2009). Emociones académicas en universitarios: su relación con las metas de logro. *Ansiedad y Estrés*, 15(2-3), 263-277.
- González, M.T., Landero, R. y Tapia, A. (2007). Percepción de salud, cansancio emocional y síntomas psicósomáticos en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 13(1), 67-76.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M.A. y Wagner, F.A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- Gottman, J.M. (1979). *Marited interaction: experimental investigation*. New York: Academic Press.
- Gray, J. (2000). *Falso amanecer: los engaños del capitalismo global*. Barcelona: Paidós.
- Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?* Barcelona: Paidós.
- Hagedorn, J. y Omar, H. (2002). Retrospective analysis of youth evaluated for suicide attempt or suicidal ideation in an emergency room setting. *International of Adolescent Medical Health*, 14(1), 55-60.
- Haro, J.M, Palatina, G., Vilaguth, B., Codony, M., Automella, J., Ferrer, M., Ramosa, J., Kessler, R. y Alonso, J. (2003). La epidemiología de los trastornos mentales en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(4), 182-181.
- Harrington, R. (1992). Annotation: the natural history and treatment of child and adolescent affective disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1.287-1.302.
- Held, D. (1999). *Global transformations*. London: Polity Press.
- Herbert, M. (1988). *Vivir con adolescentes*. Barcelona: Planeta.
- Hoffman, J. P., Baldwin, S. A. y Cerbone, F G. (2003). Onset of major depressive disorder among adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(2), 217-224.
- Hollingworth, L.S. (1928). *The Psychology of the Adolescent*. New York: Appleton-Century.
- Hué, C. (2008). *Bienestar docente y pensamiento emocional*. Madrid: Praxis.
- Huici, C. (1999). Las relaciones entre grupos. En F.J. Morales (Coord.). *Psicología Social* (pp. 291-300). Madrid: McGraw-Hill.
- Jiménez, L., Menéndez, S. e Hidalgo, M.V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 427-440.
- Jiménez, B. y Cabrera, D. L. (1999). Depresión infantil y rendimiento académico: un estudio

comparativo entre casos y controles. *Revista de Investigación Educativa*, 17(1), 89-106.

Jiménez, M.I. y López-Zafra, E. (2008). El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios. Diferencias de género y edad. *Boletín de Psicología*, 93, 21-40.

Kessler, R., Romera, B., Ferrer, M., Palacín, C., Haro, J.M., Vilaguth, B., Ramos, J., Codony, M., Alonso, J. y Autonell, J. (2003). La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(4), 182-191.

Kim, Y. H. (2003). Correlation of mental health problems with psychological results from 2-years study. *International Journal of Nursing Studies*, 40(2), 115-124.

Lafontaine, O. y Müller, C. (1998). *No hay que tener miedo a la globalización. Bienestar y trabajo para todos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y de la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 85,

Lemos, S. (2008). El modelo de intervención en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Español: un largo camino por recorrer. *Infocop*, 37, 15-16.

Lemos, S., Hidalgo, A.M., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 883-905.

León Rubio, J.M. (2000). El modelo biopsicosocial o la concepción social de las acciones de salud. Una guía para la elaboración de la Psicología Social de la Salud. En A. Ovejero (Ed.). *La psicología social en España al filo del año 2000: balance y perspectivas* (pp. 274-299). Madrid: Biblioteca Nueva.

López, A. y Encabo, E. (2001). *Mejorar la comunicación en niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.

Lozano, M.T. (1996). La construcción de un modelo de intervención educativa interactivo: Justificación y posibilidades. En M. Marín (comp.). *Sociedad y Educación* (pp. 521-528). Sevilla: Eudema.

MacGrew, A. y Held, D. (2007). *Globalización-Antiglobalización: sobre la reconstrucción del orden mundial*. Barcelona: Paidós.

Magris, C. (2001). *Utopía y desencanto: historias, esperanzas e ilusiones de la modernidad*. Barcelona: Anagrama.

Marín, M., Garrido, M.A., Troyano, Y. y Bueno, R. (2002) Datos para definir políticas de educación y formación para el empleo, en función del perfil psicosocial de los jóvenes, *Psicothema*, 14(2), 288-292.

Marsh, H.W. y Shavelson, R. (1985). Self concept. Its multifaceted hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 107-123.

Martín, M.L., Harillo, D.A. y Mora, J.A. (2008). Relaciones entre inteligencia emocional y ajuste psicológico en una muestra de alumnos de enseñanza secundaria. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 13-41.

Martínez-Otero, V. (1999). *Temas de nuestro tiempo: Ecología, educación, sociedad y calidad de vida*. Madrid: Fundamentos.

Mendlowitz, S., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S. y Shaw, B. (1999). Cognitive-

behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Molero, C., Cerdá, C. y Gómez, L. (1997). La inteligencia emocional como factor facilitador en la conducta adaptada del adolescente. Comunicación presentada al *VII Congreso INFAD*. Oviedo, 29 y 30 de Mayo, 159-172.

Montañés, J. y Latorre, J.M. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 111-125.

Moral, M.V. (2004). Jóvenes y actitudes ante la enseñanza e insatisfacción institucional hacia el ámbito académico. *Tabanque*, 18, 219-236.

Moral, M.V. (2006). Desajustes socioafectivos y autoconcepto general en adolescentes y su implicación a nivel psicosocial. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 7, 33-44.

Moral, M.V. (2007). Preparación para el trabajo de los jóvenes contemporáneos en una sociedad postindustrial: trabajo, educación y globalización. *Estudios sobre Educación*, 13, 171-194.

Moral, M.V. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la Psicología Social de la Salud: Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 94, 85-104.

Moral, M.V. y Ovejero, A. (1999). La construcción retardada de la identidad profesional en jóvenes. *Psicothema*, 11(1), 83-96.

Moral, M.V. y Ovejero, A. (2004). Crisis de la adolescencia en una sociedad *adolescente* en crisis. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 72-79.

Moral, M.V. y Pastor, J. (2003). Un ejemplo para una reinterpretación psicosocial de la locura y la psicopatología. *Encuentros en Psicología Social*, 1(3), 201-204.

Moreno, M.C., Rivera, F.J., Ramos, P., Muñoz, V., Sánchez, M.I. y Granado, M.C. (2008). Social Contexts and Psychological Adjustment in Spanish Adolescents (Hbsc-2002-2006). *Social Cohesion for Mental Wellbeing Among Adolescents* (pp. 198-208). Copenhagen: Who Regional Office for Europe. 2008.

Moreno, M.C., Ramos, P., Rivera, F.J., Muñoz, V., Sánchez, M.I., Pérez, P.J., Granado, M.C. y Jiménez, A.M. (2008). Desarrollo Adolescente y Salud. El Estudio Hbsc 2002 y 2006 en España. *Simposium Internacional 25 Años del Estudio Hbsc: Aportaciones y Retos para el Futuro*. Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Muñoz, S., García, J.L. y González Seara, L. (Eds.) (2000). *Las estructuras del bienestar en Europa*. Madrid: Cívitas.

Muñoz, V., Pérez, P.J., Sánchez, M.I. y Moreno, M.C. (2005). *Los Adolescentes Españoles y su Salud. Resumen del Estudio: Health Behaviour in School Aged Children (Hbsc-2002)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Muuss, R.E. (1966). *Teorías de la adolescencia*. México: Paidós.

- Myers, D. (2000). *The american paradox: Spiritual hunger in a age of plenty*. New York: Yale University Pres.
- Myers, David G. (2004). *Exploraciones en psicología Social*. Madrid: Mc-Graw Hill.
- Oliva, A. (2004). La adolescencia como riesgo y oportunidad, *Infancia y Aprendizaje*, 27(1), 115-122.
- Oliva, A. Morago, J., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 53-62.
- Orgilés, M., Méndez, X., Alcázar, M.R. e Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19(2), 193-204.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M, Zubieta, E. y Martina, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e Inteligencia Emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 319-341.
- Palacio, F. (2007). Los trastornos de personalidad en el adolescente, el niño e incluso en el bebé. *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente*, 10, 21-31.
- Páramo, M.A., Straniero, C., Hadid, I. L. y Fachinelli, C. (2006). ¿Qué piensan los adolescentes sobre la vida y la muerte?: análisis de contenido de grupos de discusión de adolescentes en riesgo de suicidio. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 7, 45-54.
- Pastor, J., Ovejero, A. y Moral, M.V. (2000). Psicologías rodeo *adversus* psicologías radicales: la necesidad de una psicología (radical) del mundo de la vida. En D. Caballero, M.T. Méndez y J. Pastor (Eds.). *La mirada psicosociológica. Grupos, proceso, lenguajes y estructuras* (pp. 122-127). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 18-24.
- Peña, L., Casas, L., Padilla, M., Gómez, T. y Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(3), 182-187.
- Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (Eds.) (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- Petti, T.A. (1985). Enfoques conductuales en el tratamiento de los niños deprimidos. En D.P. Cantwell y G.A. Carlson. *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez-Roca, pp. 347-365.
- Polaino-Lorente, A. (1998). *Las depresiones en la infancia*. Madrid: Morata.
- Polaino-Lorente, A. (2004). *Familia y autoestima*. Barcelona: Ariel.
- Pretty, G, Andrewes, L. y Collett. C. (1994). Exploring adolescent's sense of community and it relationship to loneliness. *Journal of Community Psychology*, 22.
- Rechea, C., Barberet, R., Montañés, J. y Arroyo, L. (1995). *Adolescencia: ¿Un sarampión? Delincuencia juvenil en Castilla-La Mancha*. Universidad de Castilla-La Mancha: Conserjería de Bienestar Social y

Unidad de Investigación de Criminología.

Ritzer, G. (2006). *La globalización de la nada*. Madrid: Popular.

Royo, J. (2002). Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. *Anales Sis San Navarra*, 25(3), 97-103.

Ruiz-Aranda, D., Fernández, P., Cabello, R. y Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 223-230.

Ruiz, J.A., Riquelme, A. y Buendía, J. (2000). Personalidad y comportamiento suicida en adolescentes: el papel de la extraversión en la tentativa de suicidio. *Clínica y Salud*, 11, 155-169.

Ruiz, J.A., Riquelme, A. y Buendía, J. (2001). Construcción de un indicador de riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes con alta sintomatología depresiva, *Psiquis*, 22, 143-154.

Ruiz, J.A., Navarro-Ruiz, J.M., Torrente, G. y Rodríguez, A.I. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema*, 17(4), 684-690.

Sabrovsky (1996). *El desánimo. Ensayo de la condición contemporánea*. Madrid: Nobel.

Salguero, J.M. e Iruarrizaga, I. (2006). Relaciones entre Inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 207-221.

Seppilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. En E. Perdiguero y J.M. Comelles (Eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 33-44). Barcelona: Bellaterra.

Tapia, M.L., Fioretino, M.T. y Correché, M.S. (2003). Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el autoconcepto. *Fundamentos en Humanidades*, IV, 7/8, 163-172.

Vallejo-Nágera, A. (1997). *La edad del pavo. Consejos para lidiar con la rebeldía de los adolescentes*. Barcelona: Temas de Hoy.

Vallés, A. (2006). *Autoconcepto y autoestima en adolescentes*. Valencia: Promolibro.

Vallés, A. y Vallés, C. (2000). *Inteligencia emocional: aplicaciones educativas*. Madrid: Instituto de Orientación Psicológica EOS.

Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Wallerstein, I. (1999). *El futuro de la civilización capitalista*. Barcelona: Icaria.

Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

Tabla 1.- Factores *Depresión-Ansiedad* (F1DA) y *Quejas Somáticas* (F4QS).

DEPRESION/ANSIEDAD	No es Verdad		Algo Verdadero		Muy Verdadero	
	%	N	%	N	%	N
Me siento solo	72.8	429	21.4	126	5.8	34
Me siento confuso y desorientado	59.1	348	36.7	216	4.2	25
Lloro mucho	67.4	397	24.3	143	8.3	49
Deliberadamente he tratado de hacerme daño a mí mismo o suicidarme	89.0	524	8.0	47	3.1	18
Pienso que nadie me quiere	75.2	443	20.4	120	4.4	26
Creo que los demás quieren fastidiarme	69.6	410	27.3	161	3.1	18
Pienso que no valgo para nada o que soy inferior	73.7	434	22.4	132	3.9	23
No le gusto a los demás	67.6	398	27.2	160	5.3	31
Pienso en suicidarme	85.4	502	11.2	66	3.4	20
Me siento desgraciado, triste o deprimido	63.4	373	31.8	187	4.8	28
QUEJAS SOMATICAS						
Me siento muy cansado o agotado	45.2	266	44.0	259	10.7	63
Tengo problemas físicos sin ninguna causa médica	63.6	374	35.2	207	1.2	7

Tabla 2. Factores *Conducta Delictiva* (F2CD), *Conducta Agresiva* (F3CA) y *Problemas del Pensamiento* (F5PP).

CONDUCTA DISRUPTIVA/DELICTIVA	No es Verdad		Algo Verdadero		Muy Verdadero	
	%	N	%	N	%	N
Desobedezco en el colegio	69.3	408	27.2	160	3.6	21
Me meto en muchas peleas	87.1	513	10.7	63	2.2	13
Suelo andar con chicos que se meten en problemas	81.0	477	15.8	93	3.2	19
Ataco físicamente a la gente	90.7	534	8.1	48	1.2	7
Hago juramentos o utilizo un lenguaje sucio	52.7	310	38.3	225	9.0	53
Amenazo con hacer daño a la gente	85.0	500	12.8	75	2.2	13
Consumo alcohol o drogas no prescritas	83.5	491	12.9	76	3.6	21
CONDUCTA AGRESIVA						
Discuto mucho	21.2	125	61.9	365	16.9	100
Grito mucho	45.4	267	41.3	243	13.3	78
Soy terco	32.0	188	49.1	289	18.9	111
Hablo demasiado	25.0	147	42.7	251	32.3	190
Tengo un carácter fuerte	36.6	215	41.7	245	21.8	128
Cuando hablo, grito más que los demás	58.7	345	33.7	198	7.7	45
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO						
No puedo apartar de mi mente ciertos pensamientos	53.0	312	28.4	167	18.7	110
Oigo cosas que ninguna otra persona parece oír	94.6	557	4.9	29	0.5	3
Repito constantemente algunas acciones	83.3	490	8.8	52	7.8	46
Veo cosas que nadie más parece ser capaz	92.3	543	5.4	32	2.2	13
Almaceno cosas que no necesito	60.4	355	24.1	142	15.5	91
Hago cosas que a otros les pueden parecer extrañas	76.7	451	16.5	97	6.8	40
Tengo pensamientos que a otros pueden parecerles extraños	85.7	504	8.2	48	6.1	36

Tabla 3. Factores *Problemas de Relación* (F6PR) y *Búsqueda de Atención* (F7BA).

PROBLEMAS DE RELACION	No es Verdad		Algo Verdadero		Muy Verdadero	
	%	N	%	N	%	N
Soy reservado o me guardo las cosas para mí	41.2	242	43.7	257	15.1	89
Soy tímido	38.8	228	42.2	248	19.0	112
Soy desconfiado	34.7	204	53.6	315	11.7	69
BÚSQUEDA DE ATENCIÓN						
Suelo fanfarronear	66.4	391	31.2	184	2.4	14
Trato de llamar constantemente la atención	70.8	417	25.6	151	3.6	21
Siento celos de los demás	72.5	427	24.8	146	2.7	16
Suelo presumir o darme importancia	80.6	474	17.7	104	1.7	10
Molesto mucho a la gente	65.5	385	29.8	175	4.8	28

Tabla 4. Diferencias en *Conductas Problema* en función del Nivel de edad, Autoconcepto general, Relación con los Iguales e Insatisfacción institucional.

CONDUCTAS PROBLEMA	Niveles de Edad	Autoconcepto general	Relación con los Iguales	Satisfacción Institucional
Depresión y Ansiedad	.030	2.318*	1.948*	3.981*
Conducta Desviada / disruptiva	3.628**	1.389**	1.658*	6.484*
Conducta Agresiva	3.864**	1.368**	1.391**	2.988*
Quejas Somáticas	.410	1.357**	1.369**	1.101
Problemas de Pensamiento	1.053	1.051	1.350**	2.737**
Problemas de Relación	6.698*	1.868*	1.750*	2.203**
Búsqueda de Atención	5.725*	.934	1.484**	1.630**
Macrofactor Conductas Problema	.326	1.824*	1.988*	1.195
Macrofactor Patología Interna	.436	2.370*	1.942*	2.120**
Macrofactor Patología Externa	2.929**	1.454**	1.685*	2.072**

* p<.01 ** p<.05 *** p<.10

Tabla 5. Función Discriminante “Crisis de Identidad”. Resultados de la Clasificación.

Función Discriminante Crisis de identidad (“Me siento confuso”)		Grupo de pertenencia pronosticado		
		No es Verdad	Algo Verdadero	Muy Verdadero
Recuento	No es verdad	259	43	15
	Algo Verdadero	43	64	32
	Muy verdadero	1	8	20
%	No es verdad	81,7	13,6	4,7
	Algo Verdadero	30,9	46,0	22,0
	Muy verdadero	3,4	27,6	70,0

Resumen de las Funciones canónicas discriminantes.

Autovalores

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	,613 ^a	93,2	93,2	,616
2	,045 ^a	6,8	100,0	,207

a. Se han empleado las 2 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

Matriz de estructura.	Función Discriminante	
	Función 1	Función 2
Depresión / Ansiedad	,972*	,004
Patología Interna	,847*	,149
Dimensión Problema	,726*	,189
Patología Externa	,469*	,228
Quejas somáticas	,430*	,256
Conducta desviada	,415*	,314
Problemas de relación	,405*	,242
Búsqueda de atención	,329*	,164
Conducta agresiva	,304*	,104
Insatisfacción institucional	,295*	,091
Relación conflictiva con los iguales	,284*	,031
Problemas de Pensamiento	,248*	,105
Estabilidad emocional	,166	-,463*
Relación con los padres	,115	-,203*
Autoconcepto General	,139	-,293*

Tabla 6. Función Discriminante “*Ideación suicida*”. Resultados de la Clasificación.

Función Discriminante Ideación suicida (“Pienso en suicidarme”)		Grupo de pertenencia pronosticado		
		No es Verdad	Algo Verdadero	Muy Verdadero
Recuento	No es verdad	298	55	27
	Algo Verdadero	27	30	21
	Muy verdadero	4	8	15
%	No es verdad	78,4	14,5	7,1
	Algo Verdadero	34,6	38,5	21,9
	Muy verdadero	14,8	29,6	60,6

Resumen de las Funciones canónicas discriminantes.

Autovalores

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	,417 ^a	95,7	95,7	,543
2	,019 ^a	4,3	100,0	,135

a. Se han empleado las 2 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

Matriz de estructura.	Función Discriminante	
	Función 1	Función 2
Depresión / Ansiedad	,889*	,035
Patología Interna	,724*	,350
Dimensión Problema	,723*	,286
Conducta desviada	,650*	,173
Patología Externa	,560*	,247
Relación conflictiva con los iguales	,530*	,367
Problemas de Pensamiento	,520*	,143
Problemas de relación	,511*	,214
Quejas somáticas	,467*	,203
Búsqueda de atención	,378*	,136
Insatisfacción institucional	-,350*	,048
Conducta Agresiva	,206*	,143
Relación con los padres	,193*	-,012
Estabilidad Emocional	,170*	-,553*
Autoconcepto General	,143	-,472*
	,043	-,114*