

**Alteraciones psicosociales en adolescentes españoles/as y etíopes. ¿Influye la
pandemia de la COVID-19?**

Isabel María Ortega Flores

Máster en Investigación en Ciencias del Comportamiento

Facultad de Psicología, Universidad de Almería

Dra. María Dolores Roldán Tapia

Dra. Elena María Ortega Campos

Julio de 2021



Índice

Introducción	5
<i>La vulnerabilidad en África</i>	7
<i>Los NNA africanos/as frente a sus iguales de países desarrollados</i>	8
Método	12
<i>Participantes</i>	12
<i>Variables</i>	12
<i>Instrumentos</i>	14
<i>Diseño</i>	15
<i>Procedimiento</i>	15
<i>Análisis de Datos</i>	16
Resultados	17
<i>Nacionalidad y puntuaciones totales Y-PSC</i>	19
<i>Sexo y puntuaciones totales en el Y-PSC</i>	19
<i>AP según la nacionalidad y el sexo en el Y-PSC</i>	20
Alteraciones psicosociales en el Y-PSC y nacionalidad	20
Alteraciones psicosociales en el Y-PSC y sexo	20
<i>AP según la nacionalidad y el sexo en las subescalas del Y-PSC</i>	21
Alteraciones psicosociales en las subescalas del Y-PSC y nacionalidad	22
Alteraciones psicosociales en las subescalas del Y-PSC y sexo	22
<i>Miedo a la COVID-19</i>	23
Miedo a la COVID-19 y nacionalidad	24
Miedo a la COVID-19 y sexo	24
<i>Conocidos con la COVID-19</i>	25
Conocidos con la COVID-19 y nacionalidad	25
Conocidos con la COVID-19 y sexo	26
Discusión	27

<i>Alteraciones psicosociales en los/as adolescentes</i>	<i>27</i>
<i>Alteraciones psicosociales y nacionalidad</i>	<i>29</i>
<i>Alteraciones psicosociales y sexo</i>	<i>30</i>
<i>Alteraciones psicosociales y la COVID-19.....</i>	<i>31</i>
<i>Miedo a la COVID.....</i>	<i>31</i>
<i>Personas cercanas que hayan sufrido COVID.....</i>	<i>32</i>
Conclusiones.....	34
Referencias	35

Resumen

El virus SARS-CoV-2 (COVID-19) ha revolucionado nuestras vidas. La salud mental se ha visto, se ve y se verá perjudicada bajo la COVID-19, especialmente en niños, niñas y adolescentes, ya que son un grupo vulnerable, siendo estos/as últimos/as más por la consolidación de la madurez psicosocial durante la adolescencia. Por ello, el objetivo perseguido ha sido evaluar la presencia de alteraciones psicosociales en una muestra de adolescentes españoles/as y etíopes. Se han evaluado un total de 73 adolescentes con el cuestionario *Youth Pediatric Symptom Checklist* (Y-PSC). Los resultados indican que un 32.8% de la muestra ha obtenido puntuaciones indicativas de alteraciones psicosociales (puntuaciones directas (PD) >30) y no se han encontrado diferencias entre nacionalidad y sexo. En esta investigación también se discute y aborda la influencia que pueden tener variables individuales como la inteligencia emocional, la resiliencia o los estilos de afrontamiento. A su vez, aportamos datos sobre la COVID-19 y destacamos la brecha sanitaria entre países desarrollados y subdesarrollados.

Palabras clave: Adolescentes, salud mental, COVID-19 y Transculturalidad

Abstract

The SARS-CoV-2 (COVID-19) virus has greatly impacted our lives. Mental health has been, is and will be negatively impacted by COVID-19, especially that of children and adolescent. Adolescents are particularly vulnerable as adolescence marks a critical point in the development of psychosocial maturity. In light of this, the present study aimed to evaluate the presence of psychosocial problems in a sample of Spanish and Ethiopian adolescents. A total of 73 adolescents completed the Youth Pediatric Symptoms Checklist (Y-PSC) questionnaire. Results showed that 36.4% of the sample had scores that indicated the presence of psychosocial problems (direct scores (DS)>30). No nationality and sex differences were found. The possible influence of other variables such as emotional intelligence (EI), resilience or coping styles are addressed and discussed in the study. In addition, data regarding COVID-19 is reported and the health gap between developed and under-developed countries is underscored.

Keywords: Adolescents, mental health, COVID-19 and Transculturality

Introducción

Un nuevo virus recorre el mundo: el virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19 (Díaz y Galanzini, 2020). Hasta la fecha se han registrado 133.311.664 casos a nivel mundial y 2.891.206 muertes (COVID-19 Map, 2021) y entre los países más afectados destacan Estados Unidos, India y Brasil, siendo los países del continente oceánico los que presentan un menor índice de casos (COVID-19 Map, 2021). La pandemia ha cambiado nuestras vidas tal cual la conocíamos dejando un sinnúmero de repercusiones en todos los ámbitos existentes a nivel mundial, y ha ocasionado un gran impacto psicosocial en la población, incrementando la presencia de alteraciones en la salud mental de las personas (Ribot et al., 2020). Tras el impacto psicológico del confinamiento y la crisis sanitaria que aún vivimos, con gran probabilidad habrá consecuencias para la salud mental demoradas en el tiempo y con una tendencia a cronificarse (Balluerka et al., 2020). Diferentes autores señalan que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta a la crisis de la COVID-19 presentará problemas de salud mental (Imran et al., 2020; Ribot et al., 2020). Como señalan Galiano et al. (2020), muchos de estos problemas psicológicos son normales ante una pandemia mundial por lo que no todos podrán clasificarse como enfermedades. Además, en personas con circunstancias específicas puede existir un mayor riesgo psicosocial a consecuencia de la COVID-19, entre las que se pueden destacar ser niño, niña u adolescente (NNA) (UNICEF, 2020).

Debido a la crisis sanitaria actual, y las repercusiones que esta ha ocasionado en la sociedad en general, el bienestar infantil de NNA se ha visto alterado a nivel mundial (Erades y Morales, 2020). Aún siendo escasa la evidencia publicada sobre el impacto psicológico en NNA (Gómez-Becerra et al., 2020), los resultados publicados señalan que el confinamiento ha alterado el bienestar emocional, agravando problemas mentales y/u ocasionando otros que pueden persistir en el tiempo, como es el caso de un aumento de síntomas ansiosos y depresivos en una muestra de niños y niñas chinos durante la cuarentena de la COVID-19 (Xie et al., 2020). Orgilés et al. (2020) indican que el confinamiento ha impactado psicológicamente en los NNA españoles/as y concluyen que estos/as han experimentado mayores alteraciones a nivel emocional y conductual que sus iguales italianos/as. Por otro lado, Berasategui et al. (2020) afirman que un gran porcentaje de menores durante el confinamiento se han sentido más felices al estar más

tiempo con su familia y en sus casas pero que también han presentado comportamientos más alterados caracterizados por tristeza, nerviosismo o enfado. Gómez et al. (2020) señalan que en niños y niñas es más frecuente observar una acusada alteración en el bienestar emocional y en adolescentes se observa una mayor manifestación de problemas conductuales, por lo que el periodo de confinamiento ha afectado a la salud mental de NNA (Erades y Morales, 2020; Orgilés et al., 2020). Por otro lado, Piqueras et al. (2020) señalan que ante la COVID-19, las mujeres y las adolescentes puntúan más alto en presencia de alteraciones en salud mental y miedo a la COVID-19 que los hombres y los adolescentes. Del mismo modo, Wang et al. (2020) encuentran en mujeres adolescentes un incremento de síntomas ansiosos y/o depresivos, además de estrés. Otros estudios señalan que existen diferencias en el ajuste psicosocial según el sexo, indicando que los adolescentes presentan un mayor autoconcepto físico y emocional mientras que las adolescentes tienden a un mayor ánimo depresivo (Carrascosa et al., 2016).

Diversos estudios informan sobre cómo ha afectado el confinamiento domiciliario por la COVID-19 al bienestar psicológico de los/as menores pero no a largo plazo, por lo que podemos hacer un paralelismo ante otros desafíos en los que NNA han experimentado repercusiones similares a las de esta pandemia, como aislamiento, no asistir a la escuela por enfermedad o la pérdida de un ser querido (Erades y Morales, 2020) encontrando niveles más altos de estrés (Sprang y Silman, 2013) y ansiedad (Fonseca et al., 2002). Mencionar que Dolz (2021), jefa del Área de Salud mental del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), señaló que este hospital atiende un 47% más de urgencias de salud mental en adolescentes tras la crisis sanitaria de la COVID-19.

Además, esta crisis humanitaria tiene una mayor repercusión negativa en países en vías de desarrollo o subdesarrollados y/o con pocos recursos, siendo entre otros, los NNA una población vulnerable y amenazada en mayor nivel (Madhi et al., 2020). Por ejemplo, estos NNA no tienen las mismas oportunidades educativas que sus iguales de países desarrollados, ya que los/as menores que viven en países con escasos recursos tienen más dificultades para recibir alternativas educativas en sus viviendas a través de dispositivos electrónicos o Internet, donde el uso de estos es una rareza (Visión Mundial, 2020). Cluver y Gardner (2007) señalan que los niños y niñas que tienen una escasez de recursos ven afectadas su autoestima y relaciones personales.

Estas dificultades que tienen que afrontar un gran porcentaje de NNA, se ven empeoradas si, además de vivir bajo condiciones de pobreza, también tienen que afrontar otros factores de riesgo que los hacen más vulnerables, como el SIDA, el VIH o las migraciones (Martín et al., 2007). En 2016, Unicef y el Banco Mundial realizaron un estudio en el que señalaban que alrededor de 385 millones de niños y niñas convivían con una situación de pobreza extrema, concluyendo que esta realidad les afectaba a corto y largo plazo tanto física como mentalmente.

La vulnerabilidad en África

En el continente africano, la COVID-19 se ha sumado a otras “pandemias” ya existentes como es el caso de La República Democrática del Congo, la cual se encuentra amenazada por la violencia, la economía, la COVID-19 y un gran brote de Ébola (ACNUR, 2021a). En Etiopía, se encuentran inmersos en una crisis humanitaria gobernada por el conflicto, el mayor brote de langosta que se recuerda -con sus repercusiones para la agricultura-, la COVID-19 y el cambio climático, que hacen que un gran número de personas necesiten asistencia humanitaria (ACNUR, 2021b). Muchos países africanos han establecido medidas imprescindibles para frenar la COVID-19 pero estas han aumentado la vulnerabilidad de varios colectivos entre los que se destacan los NNA (Díaz y Galanzini, 2020). Como resultado de estas medidas, países que ya sufrían una inseguridad alimentaria importante sufren una mayor pobreza y escasez de alimentos entre este colectivo (Govender et al., 2020). Adejuwon y Oki (2011) realizaron un estudio en el que obtuvieron que los niños y niñas de Nigeria presentaban angustia emocional ante las adversidades a las que se encontraban expuestos/as. También Bryant (2005) menciona que los/as menores que afrontan la migración de algún progenitor sufren un destacable estrés psicológico, tristeza y soledad. Las familias pertenecientes a contextos de países africanos de bajos ingresos presentan un alto afecto negativo, un reducido apoyo social familiar y una notable pobreza, viéndose afectada la crianza de los hijos e hijas y como resultado se observa un comportamiento alterado en los/as menores (Ackerman et al., 1999). En otro estudio, Van Breda y Theron (2018) observaron que los NNA con mayor pobreza y pertenecientes a municipios rurales con recursos limitados para satisfacer necesidades educativas, sociales y de salud eran los/as menores que estaban más expuestos a un mayor riesgo de estrés emocional. También, Pillay (2011) llevó a

cabo un estudio en Sudáfrica en el que encontró una vinculación entre pobreza y tristeza, ira y desesperanza entre los niños y niñas.

Los NNA africanos/as frente a sus iguales de países desarrollados.

Según Prilleltensky y Prilleltensky (2006), el bienestar de una sociedad depende de la manera de funcionar de esa determinada sociedad. Para los niños y niñas africanos/as, el bienestar y la esperanza de conseguir este depende de una mayor calidad de vida, sin tanto estrés y dónde todos los individuos puedan cuidarse y ofrecer recursos o ayuda a su comunidad, también esta esperanza la construyen al sentir conexión con su comunidad y la protección, cuidado y ayuda de la misma ante cualquier adversidad que deban afrontar (Cherrington, 2018).

Los NNA africanos/as crecen en una cultura colectivista, su visión de esperanza de vida se relaciona fuertemente con la esperanza de vida de su comunidad, siendo ellos/as partícipes y responsables de esta (Cherrington, 2018). En otras culturas, como la occidental, los NNA son más individualistas, teniendo una visión más reducida al “yo”, es decir, en las sociedades individualistas se pone el énfasis en los intereses de uno/a mismo/a, en cambio, en sociedades donde impera el colectivismo se enfatiza el bienestar grupal (Ramamoorthy y Flood, 2002). Siguiendo esta misma línea, en África existe una conexión entre su visión de la esperanza y “Ubuntu”, englobando este término una filosofía social en la que el bienestar del individuo, tanto físico como mental, se obtiene a través de una relación de armonía con su entorno y los miembros de su comunidad. Esta filosofía social es la base para entender la humanidad a través de una mirada africana (Wilson y Williams, 2013).

Eid y Diener (2001) señalan que existen diferencias con respecto a la manifestación y expresión de las emociones entre sociedades con una visión más individualista frente a sociedades más colectivistas. Fernández-Angulo et al. (2016) señalan que los niños y niñas pertenecientes a culturas individualistas obtienen peores puntuaciones cuando expresan sus propias emociones con respecto a niños y niñas de culturas colectivistas, como también apuntan que el factor socio-económico tiene una fuerte vinculación con el desarrollo de las competencias emocionales de los NNA, viéndose amenazado en contextos de pobreza y existiendo una mayor manifestación de alteraciones psicosociales (AP).

En diferentes contextos vulnerables con NNA se ha utilizado la lista de verificación de síntomas pediátricos: *Pediatric Symptom Checklist* (PSC) (Jellinek et al., 1986) para realizar una evaluación psicosocial y poder facilitar el reconocimiento de problemas cognitivos, emocionales y de comportamiento. Esta escala de evaluación ha sido utilizada en diversos contextos culturales, traducándose a otros idiomas como holandés, coreano, español o alemán (Han et al., 2015; Jutte et al., 2003; Reijneveld et al., 2006; Thun-Hohenstein y Herzog, 2007).

El PSC se ha utilizado en contextos infantiles de diversa índole para evaluar la presencia de síntomas o AP, como ejemplos a destacar, Anderson et al. (1999), la utilizaron con niños y niñas con afectaciones neurológicas, Stoppelbein et al. (2005) en niños y niñas con diabetes mellitus tipo I y Reed-Knight et al. (2011) con niños y niñas con problemas gastrointestinales. Otra investigación evaluó la existencia de problemas psicosociales en niños y niñas pertenecientes a un orfanato en la Gobernación de Sharkia (Egipto), encontrando que muchos de estos niños y niñas no estaban satisfechos con sus vidas, presentando problemas psicosociales que podrían desembocar en un futuro en el desarrollo de problemas mentales (Fawzy y Fouad, 2010).

Posteriormente, surgió una nueva versión del PSC, utilizada en este estudio, para poder ser cumplimentada por menores a partir de 11 años: Listado de síntomas pediátricos versión juvenil (*Youth Pediatric Symptom Checklist*, Y-PSC) (Pagano et al., 2000). Concretamente, en población adolescente africana, la escala de síntomas pediátricos (versión juvenil) (Y-PSC) se ha utilizado para observar la relación de las AP presentes en jóvenes y el fracaso de estos/as en la adherencia al tratamiento contra el VIH, obteniéndose que un 19.5% de los/as menores presentaban riesgo de AP (Lowenthal et al., 2011) y en población española ha sido utilizada para comprobar si la pandemia de la COVID-19 ha afectado a la salud mental de NNA, concluyendo que un 25.2% de adolescentes obtienen puntuaciones indicativas de AP (Via et al., 2020).

Además, el Y-PSC se ha utilizado en investigaciones de diversa índole: Claudius et al. (2012) realizaron una investigación en el ámbito médico, para comparar el grado de deterioro psicosocial entre pacientes con molestias agudas y pacientes con molestias crónicas, encontrando que un 13.8% de pacientes que presentaban molestias agudas presentaban AP y un 18.1% de pacientes con molestias crónicas también presentaban AP. En otro estudio, Montaña et al. (2010) tenían como objetivo comparar las respuestas de

pacientes pertenecientes a un servicio de urgencias frente a las de sus cuidadores/as, señalaron que el 18.5% de los/as adolescentes de su estudio presentaban puntuaciones superiores al corte establecido. Por otro lado, un estudio encontró que el 50% de sus participantes adolescentes, en tratamiento por talasemia en un hospital de Irán, presentaban AP (Ghorbanpoor et al., 2020). Otro estudio obtuvo que el 77% de sus participantes presentaban AP, pero señalaron que la muestra fue seleccionada a través de un blog sobre alteraciones en la salud mental de las personas, por lo que los/as adolescentes que contestaron el Y-PSC habían buscado a través de internet sobre síntomas y AP (Murphy et al., 2018). Por último, mencionar que el Y-PSC ha sido utilizado en diferentes culturas como la asiática (Bista et al., 2016; Chaurasiya et al., 2019) o la africana (Lowenthal et al., 2011). En el estudio de Bista et al. (2016) el 20% de los/as adolescentes presentaban AP, encontrado que el entorno familiar se relacionaba con la presencia y/o ausencia de AP. En el estudio de Chaurasiya et al. (2019) el objetivo principal fue adaptar el Y-PSC al hindi para medir las disfunciones psicosociales en adolescentes y jóvenes. También, Lowenthal et al. (2011) tuvieron como objetivo validar el Y-PSC en una muestra de NNA VIH positivos en Botsuana cuya lengua es el setsuana.

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios expuestos y los paralelismos encontrados en situaciones con repercusiones parecidas a la COVID-19, sería necesario abordar desde una perspectiva psicosocial la salud mental de adolescentes africanos/as que tienen que convivir con una realidad muy distinta a la normatípica en la sociedad occidental, y más concretamente, tras las repercusiones ocasionados por la COVID-19 a nivel mundial.

Por lo tanto, el objetivo que se quiere perseguir con este estudio es abordar la posible existencia de AP en la salud mental de adolescentes, concretamente de adolescentes pertenecientes a distintos países y culturas: España y Etiopía, ya que la literatura publicada sobre la salud mental desde una perspectiva psicosocial en NNA es prácticamente inexistente, y más aún tras la COVID-19, destacando la significativa escasez de investigación de este carácter en población adolescente, siendo este periodo clave en el desarrollo de las competencias emocionales y sociales como en la consolidación de una madurez psicosocial.

Como objetivos específicos de la investigación, queremos:

Describir y comparar, en las distintas muestras de adolescentes, si existen diferencias en la presencia y/o ausencia de AP según su nacionalidad.

Describir y comparar, si existen diferencias en la presencia y/o ausencia de AP entre los/as adolescentes según el sexo.

Describir y comparar aspectos relativos a la COVID-19, que puedan influir en la presencia y/o ausencia de AP, entre los/as adolescentes.

Método

Participantes

La muestra del estudio está formada por un total de 73 estudiantes adolescentes de ambos géneros, con edades entre 11 y 16 años, procedentes de Etiopía (N= 45.21%; chicos = 16.44%, chicas = 28.77%) y de España (N= 54.79%, chicos = 23.29%, chicas =31.5%). El 60.27% de la muestra son chicas y el 39.73% chicos. Los/as adolescentes etíopes pertenecen a un colegio católico situado en Sagure, pueblo localizado al sureste de Etiopía y los/as adolescentes españoles/as al Instituto Rey Alábez, situado en Mojácar, municipio localizado al sureste de la península ibérica. La edad media de los/as participantes es de 14.30 años y la $DT= 1.050$, siendo más común entre los/as adolescentes tener 15 años. La edad media en chicos es de 14.31 años y la $DT=1.137$ y en chicas $M=14.30$ y la $DT= 1.002$. Según la nacionalidad, en Etiopía la edad media de los/as adolescentes es de 14.21 años, oscilando entre los 11 y 16 años y la $DT= 1.474$, mientras que en España la edad media es de 14.38 años, situándose entre los 14 y 15 años y la $DT= 0.490$.

Todos/as los/as adolescentes viven con uno o dos progenitores, entre los/as adolescentes etíopes es más frecuente tener 3 hermanos/as (33%) y en los/as adolescentes españoles/as 1 hermano/a (60%). Todos los/as adolescentes de la muestra señalan conocer la COVID-19. Por último, mencionar como información adicional, que la mayoría de los/as participantes de la muestra española quieren ser de mayores profesores/as (22.5%) y oficios relacionados con el diseño y la moda (12.5%) mientras que en la muestra etíope la mayoría quieren ser médicos/as (56.52%).

Variables

Las AP presentes en la salud mental de los/as adolescentes tras la COVID-19 se han evaluado teniendo en cuenta el sexo y la nacionalidad del/de la adolescente. Los/as participantes han respondido a preguntas demográficas (Edad y sexo), como a preguntas sobre su entorno familiar “¿Cuántos/as hermanos/as tienes?” y “¿Con cuántos miembros de tu familia vives?”. También se les ha preguntado “¿Qué quieres ser de mayor?” y por último preguntas referidas a la COVID-19 “¿Conoces la enfermedad por COVID-19 y sus secuelas?”, “¿Tienes miedo a sufrir COVID-19?” y “¿Conoces a personas que tengan o hayan sido positivas en COVID-19?”. En la Tabla 1, se recogen

las variables anteriormente mencionadas como la descripción de las mismas y su nivel de medida.

Tabla 1. *Tipo de variables, definiciones y medida*

Variable	Definición	Nivel de Medida
Edad	Edad del/ de la adolescente	11-18 años
Sexo	Distinción orgánica entre chico y chica.	Femenino o Masculino.
Nacionalidad	Lugar de origen y pertenencia de una persona.	Española o Etíope.
Nº de hermanos/as	Hijo/a de los mismos progenitores o del mismo padre o de la misma madre.	De 0 a X.
Miembros de la familia con los que vive	Familiares con los/as que convive en el mismo domicilio familiar.	Padre, madre, hermanos y/o hermanas.
Conocimiento del coronavirus	Entendimiento de la enfermedad por la COVID-19.	Sí/No.
Miedo de sufrir COVID	Sentimiento negativo asociado a padecer la enfermedad por COVID-19.	Sí/No.
Conocimiento de personas que hayan padecido COVID-19	Información sobre personas conocidas que padezcan o hayan padecido la COVID-19.	Sí/No.
¿Qué quieres ser de mayor?	Información sobre sus expectativas y/u objetivos laborales en la adultez	Respuesta abierta

Instrumentos

Lista de síntomas pediátricos versión juvenil (Y-PSC) (Pagano et al., 2000)

La presencia y/o ausencia de AP en los/as adolescentes ha sido evaluada con una prueba de cribado específica, diseñada para detectar problemas cognitivos, conductuales y emocionales: *Youth Pediatric Symptom Checklist* (Y-PSC) (Pagano et al., 2000). Este instrumento es una versión para adolescentes del *Pediatric Symptom Checklist* (PSC) (Jellinek et al., 1988). El PSC está dirigido a niños/as y adolescentes de 4 a 16 años, dispone de dos versiones: un cuestionario para ser cumplimentado por los padres de los niños/as de 4 a 10 años y un cuestionario para ser contestado por los/as adolescentes de 11 años en adelante (Y-PSC). Ambas versiones constan de 35 preguntas con tres opciones de respuesta (nunca = 0, algunas veces = 1, con frecuencia = 2). Para obtener la puntuación total se suman todas las respuestas, obteniéndose una puntuación que va de 0 a 70, si una pregunta esta sin contestar no puntúa. En la versión utilizada en este estudio, Y-PSC, la puntuación de corte para señalar la presencia de AP en los/as adolescentes es de 30, por lo que una PD igual o mayor que 30 indica problemas cognitivos, conductuales y emocionales en los/as adolescentes. El Y-PSC también incluye puntuaciones para subescalas sobre problemas externalizantes, internalizantes y problemas de atención (Murphy et al., 2018), estas subescalas han sido validadas para el informe cumplimentando por padres y madres (PSC) y se han utilizado con el Y-PSC en los estudios de Montaña et al. (2010) y de Claudius et al. (2012). La puntuación de corte para los problemas internalizantes es de 5, en un rango de 0-10, para los problemas externalizantes la puntuación de corte es de 7, en un rango de 0-14, y para los problemas atencionales, la puntuación de corte es de 7, en un rango de 0-10 (Montaña et al., 2010).

La escala Y-PSC se ha usado en muestras con niños/as y adolescentes, demostrando que es una escala fiable y valida (Bergmann et al., 2020; Claudius et al., 2012; Ghorbanpoor et al., 2020; Murphy et al., 2018; Richard et al., 2020). La fiabilidad de la escala en nuestra muestra tiene una consistencia interna baja ($\alpha = .53$) según los criterios de George y Mallery (2003). La subescala internalizante del Y-PSC tiene una consistencia interna escasa ($\alpha = .107$), la subescala externalizante también presenta una consistencia interna escasa ($\alpha = .437$) y por último, la subescala atencional también presenta una consistencia interna escasa ($\alpha = .434$).

En cuanto a su validación para diferentes nacionalidades, el Y-PSC ha sido traducido y validado en diferentes idiomas, como el hindi o el habla setswana que es una

lengua bantú (Chaurasiya et al., 2019; Lowenthal et al., 2011). Mencionar que el Y-PSC se ha utilizado en numerosos estudios, destacando su uso en muestras pediátricas en el ámbito de la salud, tanto hospitalaria como ambulatoria y en el ámbito educativo, entre otros (Bergmann et al., 2020; Bista et al., 2016; Claudius et al., 2012; Gall et al., 2000; Ghorbanpoor et al., 2020; Kleinman et al., 2002; Lowenthal et al., 2011; Montaña et al., 2010; Murphy et al., 2018; Okuda et al., 2012; Pagano et al., 2000; Richard et al., 2020).

El Y-PSC contempla preguntas variadas como: “*Soy inquieto/a, incapaz de sentirme tranquilo/a*”; “*Me distraigo con facilidad*”; “*Me siento mal conmigo mismo/a*”; “*Tengo problemas para dormir*”; “*Siento que me divierto menos*”; “*Comprendo los sentimientos de los demás*” o “*Suelo expresar mis sentimientos*”.

Diseño

Con respecto al diseño de la investigación, siguiendo la clasificación propuesta por Montero y León (2002), nos encontramos ante un estudio descriptivo transversal.

Procedimiento

En primer lugar, se ha seleccionado, a través de un muestreo no probabilístico accidental una muestra de adolescentes etíopes en un colegio católico del pueblo Congregación del Rosario, ya que se ha realizado un proyecto de cooperación en dicho colegio, en el cual estudian 1200 niños y niñas. El lenguaje de la zona es el amarico, por lo que se contaba con un traductor para que los/as menores respondieran a las preguntas del Y-PSC. Los datos de los/as adolescentes etíopes fueron recogidos durante una estancia de cooperación en dicho colegio realizada por la profesora M^a Dolores Roldán con la ONGD AdS. La recogida de datos se realizó presencialmente mediante entrevista con cada uno de los/as adolescentes. Para la recogida de los datos se contó con la ayuda del director de la escuela que hacía las traducciones inglés-amarico (lengua oficial etíope) y de un cooperante de la ONGD que realizaba de forma paralela a la profesora el registro de los datos.

Los datos de los/as participantes etíopes fueron recogidos en diciembre de 2020, siendo la participación totalmente voluntaria. Posteriormente, en abril de 2021, se recogieron los datos, a través de un muestro no probabilístico accidental, de la muestra de adolescentes españoles/as de manera online por motivos de la COVID-19. Se contactó con el centro educativo IES Rey Alábez, se informó de la investigación y se distribuyó un enlace en el que participaban voluntariamente durante la clase de Historia y Geografía.

Análisis de Datos

El análisis de datos se ha llevado a cabo con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25. En primer lugar, se han realizado estadísticos descriptivos para caracterizar a la muestra, y a continuación se ha llevado a cabo la evaluación de los supuestos estadísticos básicos. Posteriormente se han realizado pruebas Chi-Cuadrado entre las variables del estudio relacionadas con la COVID-19 y, por último, el estudio de los resultados se ha centrado en comparar las diferencias entre medias, realizándose a través de la prueba U de Mann Whitney. Se han hecho comparaciones de medias entre adolescentes españoles/as y etíopes para comprobar y comparar el desempeño de cada grupo. Posteriormente, también se han realizado comparaciones de medias entre el sexo de los/as adolescentes para igualmente comprobar y comparar el desempeño de estos/as.

Resultados

Se han realizado análisis preliminares en los que se han comprobado los supuestos de normalidad y linealidad. No se ha observado ninguno caso atípico (outlier) en la muestra. Se ha llevado a cabo la prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables analizadas en este estudio, obteniendo todas, menos la Y-PSC, un valor $p < .05$. Esto indica que la Y-PSC presenta una distribución normal. También se ha observado la linealidad mediante los gráficos P-P y todas las variables son lineales. En la tabla 1 se pueden observar los estadísticos descriptivos para las variables exploradas en el estudio.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las variables exploradas en el estudio

	%		%
Nacionalidad		Sexo	
Española	54.79	Chicos	39.73
Etíope	45.21	Chicas	60.27
	M(DT)	Mediana	Moda
Miedo	1.62(0.49)	2	2
Conocidos COVID	1.68(0.46)	2	2
Alteraciones psicosociales	26.30(6.28)	27	21

En la Tabla 1 se pueden observar los valores para la media y la desviación típica de los/as adolescentes del estudio para las AP. La media comprende un valor de $M=26.30$ y la desviación típica un valor de $DT= 6.28$ para las AP. Este valor de la media es menor que 30, por lo que no hay presencia de AP en la muestra de adolescentes analizada. Por otro lado, los datos son simétricos, ya que la media y mediana ($Mdn=27$) para las AP son similares. Destacar que la puntuación que más se repite entre la muestra de adolescentes no indica alteración psicosocial en el/la adolescente ($Moda=21$).

Siguiendo esta línea, en la tabla 2, se pueden observar los valores para las puntuaciones totales que se han obtenido por los menores en la escala del Y-PSC como en las subescalas de la misma. Como se ha comentado anteriormente, la muestra de adolescentes no presenta AP. En la cohorte de adolescentes, la media de la subescala internalizante comprende un valor de $M=3.48$ y la $DT=1.79$. Este valor de la media es menor que 5, por lo que no hay síntomas internalizantes en la muestra del estudio. En la subescala externalizante, la media presenta un valor de $M= 5.47$ y la $DT=2.45$, por lo que

este valor de la media es menor que 7, tampoco hay presencia de síntomas externalizantes en la cohorte de adolescentes. Por último, en la subescala atencional se obtiene un valor medial de $M= 4.48$ y una $DT= 1.94$, este valor de la media es inferior a 7 y se puede concluir que tampoco hay síntomas atencionales en los/as adolescentes en general.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para las puntuaciones totales en el Y-PSC y las subescalas del Y-PSC

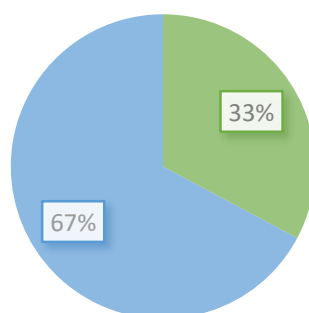
	Media	Desviación típica
Y-PSC	26.3	6.28
Subescala Internalizante	3.48	1.79
Subescala Externalizante	5.47	2.45
Subescala Atencional	4.48	1.94

También se puede observar en la Figura 1 que, en la cohorte de adolescentes, el 32.8% presentan puntuaciones iguales o > 30 , frente al 67.2% de adolescentes que no presentan puntuaciones indicativas de la presencia de afectación psicosocial.

Figura 1. Gráfico de sectores de las alteraciones psicosociales de la muestra de adolescentes

ALTERACIONES PSICOSOCIALES

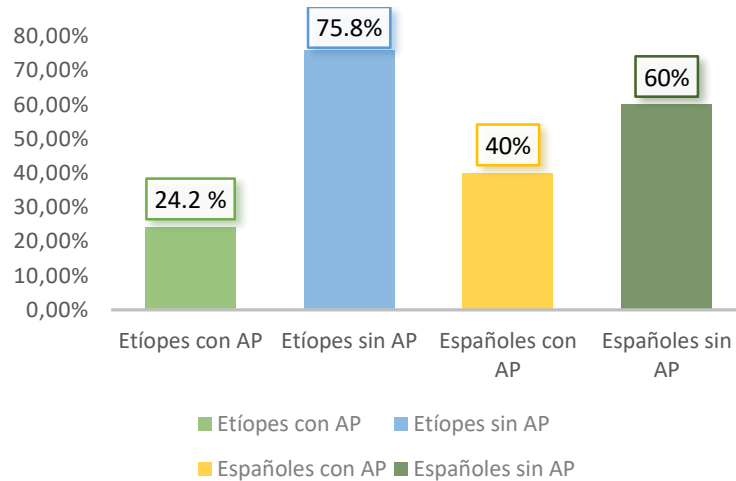
■ Presentan AP ■ No presentan AP



Nacionalidad y puntuaciones totales Y-PSC

Según la nacionalidad, como se refleja en la Figura 2, en la muestra de adolescentes etíopes, el 24.2% presentan puntuaciones iguales o superiores a 30 y en la muestra española, el 40% también obtienen puntuaciones indicativas de desajuste psicosocial.

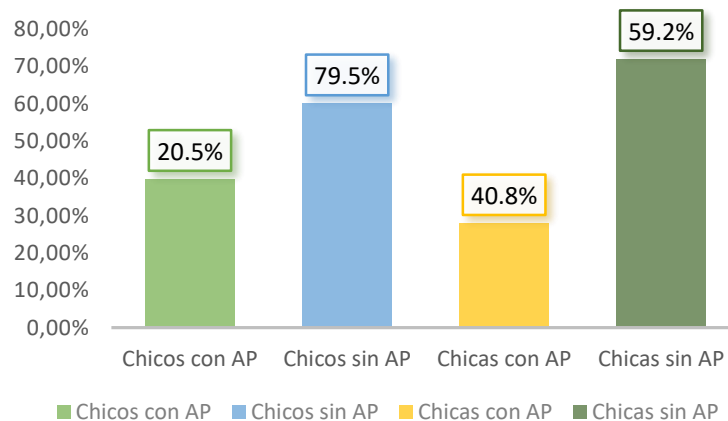
Figura 2. *Gráfico de barras de las alteraciones psicosociales de los/las adolescentes según su nacionalidad*



Sexo y puntuaciones totales en el Y-PSC

Según el sexo, los chicos con AP representan el 20.5% frente a sus iguales del mismo sexo que no presentan desajuste psicosocial, 79.5%. Por otro lado, las chicas con AP representan el 40.8% y el 59.2% de ellas ausencia de desajuste psicosocial, tal como se observa en la Figura 3.

Figura 3. *Gráfico de sectores de las alteraciones psicosociales de los/las adolescentes según su sexo*



Alteraciones psicosociales según la nacionalidad y el sexo en el Y-PSC

Alteraciones psicosociales en el Y-PSC y nacionalidad

Como se puede observar en la Tabla 3, el 40% de adolescentes españoles/as presentan AP, siendo la $M=26.58$ y la $DT=7.21$. Los/as adolescentes etíopes con AP comprenden un 24.2% de la muestra etíope, siendo $M= 25.97$ y $DT= 5$. Para ver si había diferencias entre nacionalidades, se realizó la prueba U de Mann Whitney. Como también se observa en la tabla 3, la prueba U de Mann Whitney concluyó un resultado no significativo ($z = -.766$, $p=.44$, $d=0.098$), lo que significa que no hay diferencias en la Y-PSC en función de la nacionalidad.

Alteraciones psicosociales en el Y-PSC y sexo

En la Tabla 3, también se puede observar que el 20.5% de chicos presentan AP, con una $M=24.45$ y una $DT= 6.75$. Por otro lado, también se observa que el 40.8% de las chicas presentan AP, con una $M= 27.52$ y una $DT=5.7$. Una segunda prueba U de Mann Whitney se realizó para explorar si había diferencias según el sexo de los/as adolescentes. La prueba U de Mann Whitney concluyó un resultado no significativo, como se ve en la tabla 3, ($z=-1.869$, $p=.06$, $d=-0.491$), lo que significa que no hay diferencias en la Y-PSC en función del sexo.

Tabla 3. *Porcentajes de adolescentes con AP, estadísticos descriptivos y contraste de hipótesis según la nacionalidad y el sexo en el Y-PSC.*

	Españoles	Etíopes	Española	Etíopes	Z	p-	d
			M(DT)	M(DT)		valor	Cohen
Y-PSC (AP)	40%	24.2%	26.58(7.21)	25.97(5)	-.766	.44	0.098
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Z	p-	d
			M(DT)	M(DT)		valor	Cohen
Y-PSC (AP)	20.5%	40.8%	24.45(6.75)	27.52(5.7)	-1.869	.062	-0.491

Alteraciones psicosociales según las subescalas del Y-PSC en los/as adolescentes

Como se observa en la Tabla 4, los/as adolescentes con puntuaciones iguales y/o superiores a la media en la subescala de problemas internalizantes comprenden el 21.9%,

en la subescala externalizante un 36.1% de la muestra puntúa igual o superior. Por último, en la subescala atencional, un 16.4% puntúa igual o superior a la media.

Tabla 4. *Porcentaje de adolescentes con puntuaciones iguales o superiores a la media en las subescalas del Y-PSC*

	%
Internalizantes	21.9%
Externalizantes	36.1%
Atencionales	16.4%

Alteraciones psicosociales según la nacionalidad y el sexo en las subescalas del Y-PSC

Alteraciones psicosociales en las subescalas del Y-PSC y nacionalidad

Como se puede observar en la Tabla 5, el 20% de adolescentes españoles/as presentan síntomas internalizantes, siendo la $M=3.3$ y la $DT=3.697$. Los síntomas externalizantes están presentes en el 35% de adolescentes españoles/as, siendo la $M=5$ y la $DT=1.951$. Por último, los síntomas atencionales se manifiestan en el 22.5% de los españoles/as, siendo $M=4.725$ y $DT=2.207$. Los/as adolescentes etíopes con problemas internalizantes comprenden un 24.3% de la muestra etíope, siendo $M= 3.697$ y $DT= 1.571$. Los problemas externalizantes se presentan en el 39.5% de los/as adolescentes etíopes, siendo $M=6.030$ y $DT= 1.895$. Por último, los problemas atencionales están presentes en el 9.1% de los/as adolescentes etíopes, siendo $M=4.182$ y $DT=1.530$. Para ver si había diferencias entre nacionalidades, se realizó la prueba U de Mann Whitney. Como también se observa en la tabla 5, la prueba U de Mann Whitney concluyó un resultado no significativo para cada una de las subescalas: internalizante ($z=-1.34$, $p=.180$, $d=-0.224$), externalizante ($z=-1.404$, $p=.160$, $d=-0.435$) y atencional ($z=-1.343$, $p=.179$, $d=0.286$), lo que significa que no hay diferencias en las subescalas del Y-PSC en función de la nacionalidad.

Alteraciones psicosociales en las subescalas del Y-PSC y sexo

Como se puede observar en la Tabla 5, el 20.5% de los chicos presentan síntomas internalizantes, siendo la $M=3.379$ y la $DT=1.545$. Los síntomas externalizantes están

presentes en el 41.3% de los chicos, siendo la $M=5.517$ y la $DT=2.654$. Por último, los síntomas atencionales se manifiestan en el 17.2% de los chicos, siendo $M=4.414$ y $DT=2.654$. Las chicas con problemas internalizantes comprenden un 15.9% de la muestra, siendo $M= 3.546$ y $DT= 1.947$. Los problemas externalizantes se presentan en el 34% de las chicas, siendo $M=5.432$ y $DT= 2.338$. Por último, los problemas atencionales están presentes en el 15.9% de las chicas, siendo $M=4.523$ y $DT=1.772$. Para ver si había diferencias entre los sexos, se realizó la prueba U de Mann Whitney. Como también se observa en la tabla 3, la prueba U de Mann Whitney concluyó un resultado no significativo para cada una de las subescalas: internalizante ($z=-.092$, $p=.927$, $d=-0.098$), externalizante ($z=-.683$, $p=.495$, $d=0.034$) y atencional ($z=-.200$, $p=.841$, $d=-0.055$) lo que significa que no hay diferencias en las subescalas del Y-PSC en función del sexo.

Tabla 5. Porcentaje de adolescentes con AP, estadísticos descriptivos y contraste de hipótesis según la nacionalidad y el sexo en las subescalas del Y-PSC.

	Española	Etíopes	Española M(DT)	Etíopes M(DT)	Z	p- valor	d Cohen
Internalizantes	20%	24.3%	3.30 (1.95)	3.69 (1.57)	-1.34	.180	-0.224
Externalizantes	35%	39.5%	5.00 (2.76)	6.03 (1.89)	- 1.404	.160	-0.435
Atencionales	22.5%	9.1%	4.72 (2.20)	4.18 (1.53)	- 1.343	.179	0.286
	Chicos	Chicas	Chicos M(DT)	Chicas M(DT)	Z	p- valor	d Cohen
Internalizantes	20.6%	22.7%	3.37 (1.54)	3.54 (1.94)	-.092	.927	-0.098
Externalizantes	41.3%	34%	5.51 (2.65)	5.43 (2.33)	-.683	.495	0.034
Atencionales	17.2%	15.9%	4.41 (2.19)	4.52 (1.77)	-.200	.841	-0.055

Por otro lado, en la Tabla 6, se muestran las correlaciones de Chi Cuadrado entre las variables nacionalidad, sexo, miedo a la COVID-19 y conocidos con COVID-19. Se

observa una asociación significativa positiva muy alta entre nacionalidad y conocer a personas que hayan tenido o tuvieran la COVID-19 durante la investigación: $\chi^2(1) = 40.70$, $p < .000$. Las asociaciones entre las demás variables no son significativas. La mayoría de los/as adolescentes etíopes no conocen a personas contagiadas por la COVID-19 (79.3%), mientras que todos/as los/as adolescentes españoles/as conocen a alguien que ha padecido la enfermedad. La potencia de la asociación entre nacionalidad y conocidos con COVID era elevada, $\phi = .75$, $p < .001$ (Cohen, 1988).

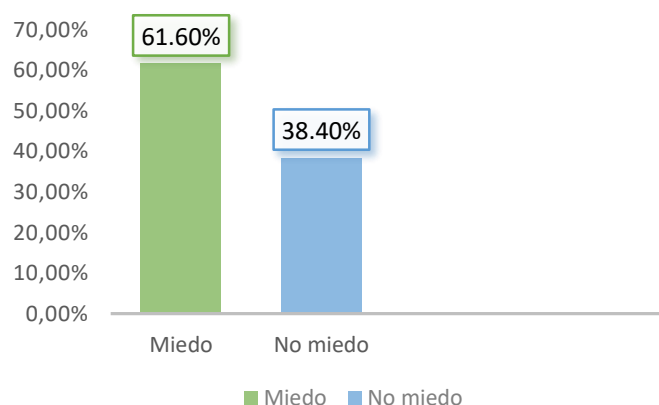
Tabla 6. Pruebas Chi-Cuadrado para las variables categóricas del estudio.

Variables	Valor	gl	p-valor
1.Nacionalidad-Miedo	2.613	1	.106
2.Nacionalidad-Conocidos	40.7	1	<.001
3.Sexo-Miedo	.305	1	.581
4.Sexo-Conocidos	.343	1	.558

Miedo a la COVID-19

En la Figura 4 se observa que el 38.4% de los/as adolescentes no tienen miedo a la COVID-19 frente al 61.6% de sus iguales que si tienen miedo.

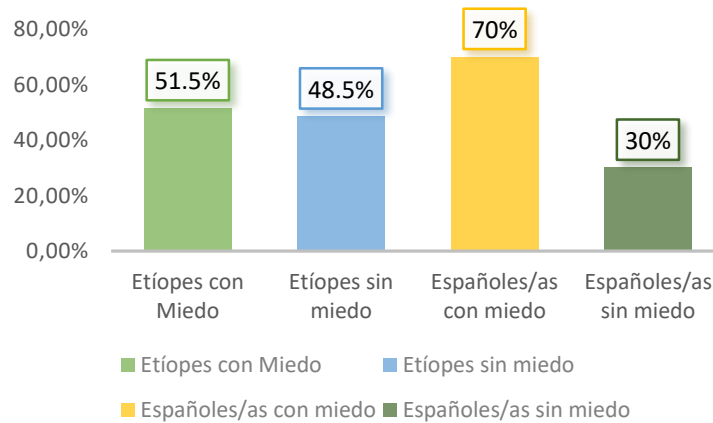
Figura 4. Gráfico de sectores representando el miedo a la COVID-19 de los/las adolescentes



Miedo a la COVID-19 y nacionalidad

En Etiopía, el 48.5% de los/as adolescentes no tienen miedo a la COVID-19, frente al 51.5% que señalan presentar miedo. En España, el 30% de los/as adolescentes declaran no tener miedo y el 70% si indican tener miedo, tal como se observa en la Figura 5.

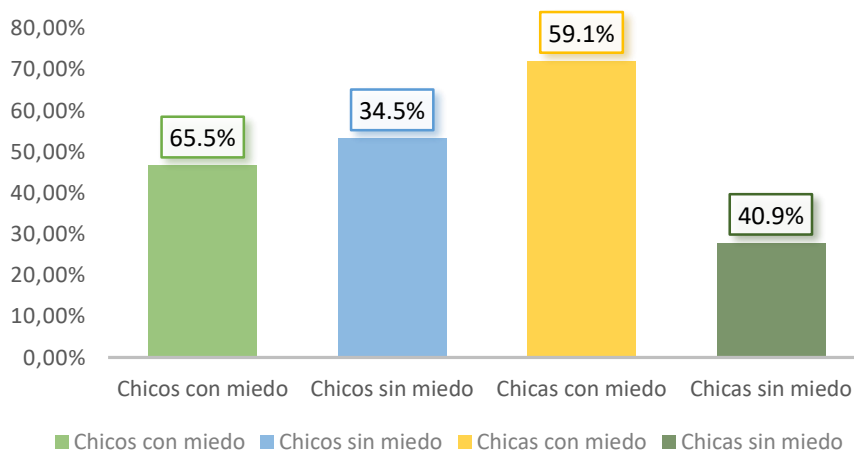
Figura 5. Gráfico de barras representando el miedo a la COVID-19 de los/las adolescentes según su nacionalidad



Miedo a la COVID-19 y sexo

Como se refleja en la Figura 6., El 34.5% de los chicos señalan no tener miedo a la COVID-19, frente al 65.5% de sus iguales que sí tienen miedo. Por otro lado, el 40.9% de las chicas no tienen miedo en comparación con el 59.1% de sus iguales que si señalan presentar miedo a la COVID-19.

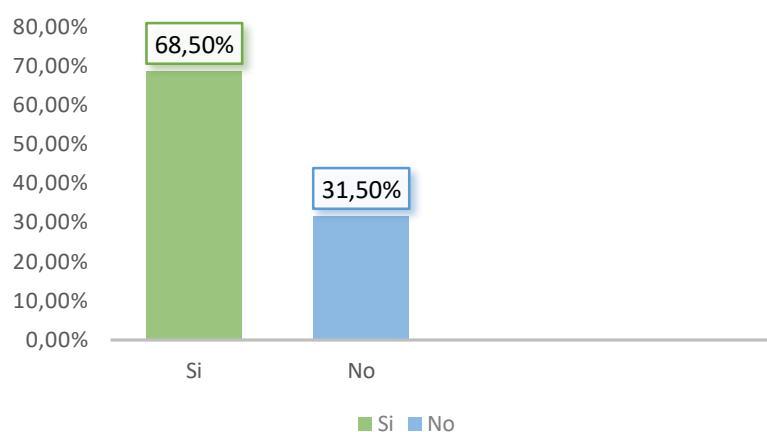
Figura 6. Gráfico de barras representando el miedo a la COVID-19 de los/las adolescentes según su sexo



Conocidos con la COVID-19

En nuestra muestra de adolescentes, el 31.5% señalan no conocer a personas cercanas de su entorno que hayan tenido o tengan la COVID-19, frente al 68.5% de adolescentes que indican si conocer mínimo a una persona contagiada por SARS-COVID-19 (ver Figura 7).

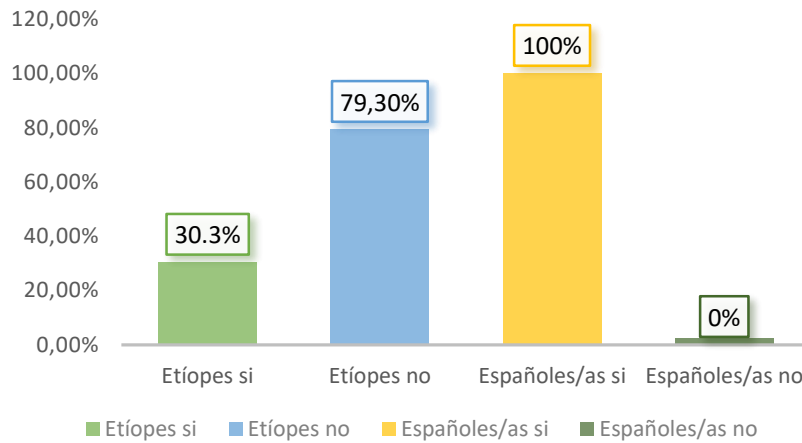
Figura 7. Gráfico de barras representando si los/as adolescentes conocían a personas con la COVID-19



Conocidos con la COVID-19 y nacionalidad

En la Figura 8, se refleja que el 69.7% de los/as adolescentes etíopes no conocen a personas contagiadas por la COVID-19, frente al 0% de los/as adolescentes españoles/as que no conocen a personas contagiadas. El 30.3% de los/as adolescentes etíopes señalan conocer a personas contagiadas frente al 100% de los/as adolescentes españoles/as que declaran conocer a alguien contagiado por COVID-19.

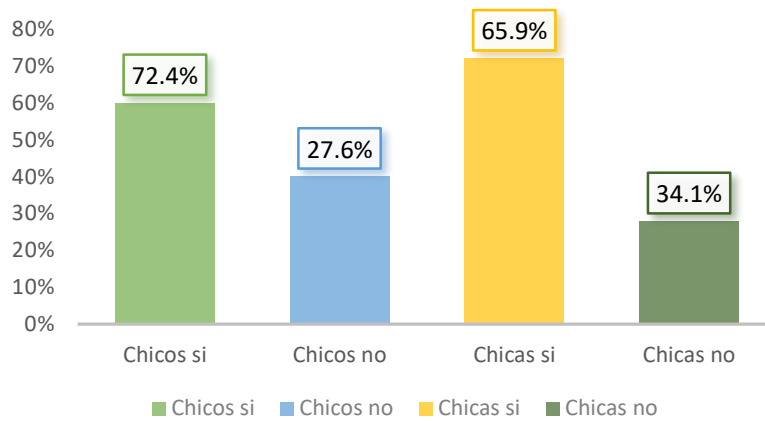
Figura 8. Gráfico de sectores representando si los/as adolescentes conocían una persona con la COVID-19 según su nacionalidad



Conocidos con la COVID-19 y sexo

El 27.6% de los chicos adolescentes de la muestra declaran no conocer a personas contagiadas por la COVID-19 frente al 72.4% de sus iguales que indican conocer a personas que han pasado o están pasando la enfermedad. Por otro lado, el 34.1% de las chicas indican no conocer a nadie contagiado frente al 65.9% de ellas, que si conocen a personas contagiadas por la COVID-19 (ver Figura 9).

Figura 9. Gráfico de barras representando si los/as adolescentes conocían a alguien con COVID-19 según su sexo



Discusión

En el objetivo general que planteábamos en nuestra investigación, incluimos la evaluación de la salud psicosocial en una muestra de adolescentes, debido a su escasa consolidación en el ámbito científico y la relevante importancia de la salud mental desde una perspectiva psicosocial, y más en la adolescencia, siendo esta última crucial para el desarrollo psicológico de un individuo. También se incluyeron como objetivos específicos, si la evaluación de la salud psicosocial variaba según dos nacionalidades diferentes: española y etíope y si existían diferencias en la salud mental psicosocial de los/as adolescentes en cuanto al sexo. Además, otro objetivo específico era comprobar aspectos relevantes a la COVID-19 que podían afectar en las AP de los/as menores. Vamos a centrar la discusión en aquellos aspectos más relevantes que se han extraído de los resultados obtenidos, como también se realizarán comparaciones con otros estudios anteriores encontrados en la literatura con los que contrastar nuestros resultados y nuestras aportaciones.

Alteraciones psicosociales en los/as adolescentes

Teniendo en cuenta de forma global las puntuaciones medias alcanzadas por los/as participantes de nuestro estudio, nuestra cohorte de adolescentes no presenta AP en el cuestionario Y-PSC tras las puntuaciones obtenidas. Los resultados nos muestran una PD menor que 30, $M=26.30$, $DT= 6.27$ en el Y-PSC, siendo el porcentaje de adolescentes que puntúan positivo de un 32.8%. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios en los que tampoco encontraron resultados significativos como el estudio de Gall et al. (2000) en el que solo un 14% de la muestra obtuvo puntuaciones indicativas sobre la presencia de AP. También Claudius et al. (2012) obtuvieron que un 15% de los/as pacientes, atendidos en una consulta médica, puntuaron positivo en el Y-PSC. Además, en otro estudio realizado por Montañó et al. (2010) no encontraron resultados significativos en los/as adolescentes, obteniendo que solo un 13.8% de los/as menores presentaban deterioro psicosocial. Por otro lado, en un reciente estudio, realizado con motivo de la COVID-19, obtuvieron en adolescentes una puntuación total en el Y-PSC más similar a la de nuestro estudio, concretamente hallaron que el 25.2% de adolescentes presentaban puntuaciones significativas que indicaban la presencia de AP (Via et al., 2020). En contradicción, un estudio realizado por Murphy et al. (2018) obtuvo una prevalencia de deterioro psicosocial en el 77% de los/as adolescentes evaluados/as

mediante el Y-PSC, este último estudio se realizó a través de una plataforma online con contenido en salud mental.

En contraste con los resultados de nuestro estudio, otros estudios que utilizan el PSC o el Y-PSC en poblaciones de menores más específicas sí han encontrado un mayor número de menores con AP, por ejemplo, una investigación que evaluó la existencia de problemas psicosociales en niños y niñas pertenecientes a un orfanato en la Gobernación de Sharkia (Egipto), encontró que la mayoría de estos/as niños y niñas no estaban satisfechos con sus vidas, presentando problemas psicosociales que podrían desembocar en un futuro en el desarrollo de problemas mentales (Fawzy y Fouad, 2010). Otra investigación encontró que la mitad de sus participantes presentaban puntuaciones indicativas de AP (Ghorbanpoor et al., 2020).

Tras estas conclusiones, podemos sugerir que, los/as adolescentes de nuestro estudio, como grupo general, no presentan AP y la presencia de una buena salud mental y de unas adecuadas características, podría estar influida en gran medida por las diferencias individuales (Esteban et al., 2012). Además, el nivel de inteligencia emocional (IE) que presentan los/as adolescentes puede ser una variable moderadora que influya en su ajuste psicosocial, por ejemplo, Salguero et al. (2011) obtuvieron en su estudio que los/as adolescentes con una mayor IE presentan una mejor salud mental de carácter psicosocial.

Por otro lado, teniendo en cuenta las subescalas del Y-PSC, nuestros resultados indican que los problemas internalizantes están presentes en el 21.9% de los/as adolescentes, los problemas externalizantes representan el 36.1% de la muestra y los problemas atencionales corresponden con el 16.4% de la muestra. Estos resultados concuerdan con otros estudios que destacan la presencia de problemas externalizantes en los adolescentes frente a otros problemas como los internalizantes, más frecuentes en niños/as (Gómez et al., 2020). Otro estudio, que analiza las subescalas en su muestra, es el de Montaña et al. (2010), obteniendo que los problemas internalizantes se encuentran en el 18.4% de la muestra, mientras que los problemas externalizantes y atencionales correspondían, cada uno, con un 8.3% del total. También Claudius et al. (2012) encontraron en su estudio que un 19.9% presentaban síntomas internalizantes, un 8.3% presentaban problemas externalizantes y un 8.2% problemas atencionales. En contradicción, otro estudio en el que no se utiliza el Y-PSC evidencia altos niveles de

falta de concentración en NNA como posible consecuencia de la COVID-19 (Cao et al., 2020).

Alteraciones psicosociales y nacionalidad

Uno de los objetivos específicos de nuestro estudio era describir y comparar si existían diferencias entre las AP y la nacionalidad. Los resultados obtenidos nos indican que en nuestra muestra de adolescentes no existen diferencias significativas en las puntuaciones sobre la presencia y/o ausencia de AP entre españoles/as y etíopes. Esperábamos encontrar diferencias, y más aún tras la pandemia de la COVID y sus repercusiones devastadoras en países subdesarrollados como Etiopía, ya que en la literatura científica hemos hallado investigaciones que señalan que menores expuestos a mayor pobreza presentan menor ajuste psicosocial, destacando el estrés (Van Breda y Theron, 2018), como también existe evidencia científica de una vinculación entre pobreza y tristeza (Pillay, 2011).

Nuestros resultados indican que no hay diferencias entre adolescentes etíopes y españoles/as en cuanto a AP. De acuerdo con estos resultados, Gómez et al. (2020) no encontraron diferencias en las alteraciones psicológicas, como el estrés, entre personas de República Dominicana y España, durante la pandemia de la COVID-19. En contradicción, Reznik et al. (2020) obtuvieron diferencias entre participantes rusos y bielorrusos durante la COVID-19, pero señalaron que estas son pequeñas.

Al margen de los hallazgos obtenidos, de los encontrados y de la revisión del panorama científico sobre las diferencias transculturales, podríamos mencionar el crucial papel que podría desempeñar la resiliencia en los/as adolescentes. Utsey et al. (2008) señala que las culturas colectivistas contribuyen al desarrollo de la resiliencia y el bienestar subjetivo, en cambio las sociedades individualistas no fomentan el desarrollo de la IE y la resiliencia. En concordancia, Fernández-Angulo et al. (2016) proponen que los/as menores pertenecientes a culturas individualistas, como la española, presentan una peor puntuación para expresar “*cómo se sienten*” en comparación con menores que viven en culturas colectivistas, como la etíope, pero se necesita más investigación sobre esta línea para poder evidenciar con solidez que los valores culturales podrían tener una relación mediadora entre la resiliencia y los aspectos positivos para el desarrollo de esta. También Via et al. (2020) señalan en su estudio que los síntomas de los/as adolescentes evaluados/as tras la pandemia que vivimos se asocian con gran influencia a los estilos de afrontamiento de cada menor y Ribot et al. (2020) también resaltan en su estudio el papel de la resiliencia y el crecimiento personal en la salud mental de la población tras la

COVID-19. Por lo que la ausencia de diferencias en AP entre adolescentes españoles/as y etíopes podría deberse a variables individuales como la resiliencia y/o los estilos de afrontamiento, ante situaciones desafiantes como la COVID-19.

Con respecto a las subescalas del Y-PSC, tampoco hay diferencias significativas, en cuanto a los resultados descriptivos, entre adolescentes etíopes y españoles/as, como tampoco hay evidencia sólida sobre diferencias transculturales con respecto a problemas internalizantes, externalizantes y/o atencionales, ya que la mayoría se centran en diferencias según el sexo y/o la edad. Nuestra cohorte de adolescentes obtiene una puntuación similar en problemas internalizantes, etíopes un 24.3% y españoles/as un 20%, respectivamente. Con lo que se refiere a problemas externalizantes, los/as adolescentes etíopes representan un 39.5%, mientras que los/as adolescentes españoles un 35%. Por último, con respecto a los problemas atencionales, la muestra etíope obtiene un porcentaje del 9.1% y la muestra española un porcentaje de un 22.5%.

Alteraciones psicosociales y sexo

Igualmente, se evaluó la existencia de diferencias en la presencia y/o ausencia de AP según el sexo, obteniéndose que no existen diferencias entre chicos y chicas para nuestra cohorte de adolescentes. Estos resultados se apoyan en otras investigaciones donde no encuentran diferencias entre ajuste psicosocial y sexo (Murphy et al., 2018; Okuda et al., 2012). En un estudio español sobre el riesgo de psicopatología en NNA por motivo de la COVID-19 tampoco encontraron diferencias significativas en la presencia de alteraciones psicosociales en mujeres adolescentes (Via et al., 2020). Otros estudios no apoyan nuestros resultados, encontrando diferencias en las puntuaciones psicosociales de adolescentes según el sexo, como en el estudio de Gall et al. (2000) que encontraron que las mujeres presentan más alteraciones que los hombres. Bista et al. (2016) señalan lo contrario, los estudiantes varones se veían más afectados que las mujeres. Resaltar que una reciente investigación indica que las mujeres tienen mayor vulneración emocional que le puede repercutir en su ajuste emocional, pero a la vez presentan estrategias de gestión emocional más eficaces que podrían disminuir este riesgo (Cai et al., 2020). También otros estudios relacionados con la COVID-19, encuentran que las mujeres adolescentes presentan un mayor incremento de síntomas depresivos (Duan et al., 2020; Zhou et al., 2020), por lo que volvemos a incidir en la importancia de investigar las diferencias según el sexo, con una muestra más amplia al igual que mayor equidad en función del sexo en futuras investigaciones.

Con motivo de la crisis humanitaria del SARS-CoV-2 a nivel mundial y con las respectivas repercusiones tanto a nivel físico como psicológico, vamos a discutir sobre esta última, la cual hemos obtenido información sin datos pretest con los que contrastar, pero es de relevante importancia destacar para contribuir una aportación sólida a la literatura científica.

Con respecto a las subescalas del Y-PSC, en nuestra investigación no hay diferencias significativas entre chicos y chicas en problemas internalizantes, obteniéndose porcentajes del 20.6% en chicos y del 22.7% en chicas. En contradicción, Via et al. (2020) encontraron con otra escala distinta a la subescala internalizante del Y-PSC, que la ansiedad y los síntomas depresivos (problemas internalizantes) fueron más frecuentes en las mujeres. Con respecto a los problemas externalizantes, obtenemos que son más frecuentes en chicos, con un 41.3% que, en chicas, 34%, correspondiéndose estos con los hallados también por Via et al. (2020) dónde los problemas conductuales son más frecuentes en chicos. Por último, los problemas atencionales son similares en chicos y en chicas en nuestro estudio, ellos representan un 17.2% y ellas un 15.9%, esto no se corresponde con los resultados encontrados por Via et al. (2020), que señalan que los chicos presentan mayores niveles de hiperactividad que las chicas.

Alteraciones psicosociales y la COVID-19

En nuestro estudio, una vez analizada la salud mental desde una perspectiva psicosocial de la muestra de adolescentes se ha querido explorar esta con la crisis sanitaria actual. Pretendíamos realizar un paralelismo entre la presencia y/o ausencia de AP presentes en menores ante situaciones que podrían generar un gran impacto psicosocial al igual que la COVID-19, ya que en la literatura científica hemos encontrado estas situaciones de gran impacto en el ajuste psicosocial durante la adolescencia como enfermedades agudas, ingresos hospitalarios o el divorcio de los progenitores (Ledón, 2012). Además, los resultados publicados sobre el impacto de la COVID-19 en adolescentes, señalan que se ha visto alterado el bienestar emocional y conductual de los menores, llegando algunos a experimentar crisis de ansiedad o síntomas depresivos. (Gómez-Becerra et al., 2020; Orgilés et al., 2020; Xie et al., 2020).

Miedo a la COVID

Nuestros datos indican que no existe una asociación bidireccional entre el miedo a la COVID-19 y las AP. Siguiendo esta misma línea Berasategui et al. (2020) indican en su estudio, que durante el confinamiento por la COVID-19 algunos menores se han

sentido felices por poder pasar más tiempo con su familia, en cambio otros/as adolescentes han experimentado miedo, tristeza y/o enfado. Estos resultados se apoyan en otros estudios en los que tampoco obtienen resultados significativos sobre la presencia de miedo a la COVID-19 en adolescentes (Wang et al., 2020; Zhou et al., 2020). En otro estudio, se encontró que los/as adultos/as presentaban más miedo a la COVID-19 que los/as adolescentes, relacionándolo con la creencia de que “la COVID-19 no se transmite y repercute por igual a los/as jóvenes, sobre todo NNA” y con la percepción de invulnerabilidad que presentan un gran porcentaje de adolescentes (Gómez et al., 2020).

Personas cercanas que hayan sufrido COVID

Otra característica a destacar es la presencia de COVID-19 en personas emocionalmente significativas para los/as menores y cómo puede influir en el ajuste psicosocial del/de la menor, nuestros resultados indican que no existe una posible vinculación. En discordancia, Sánchez (2021) indica que los/as menores sienten miedo, ansiedad y/o síntomas depresivos ante la presencia de COVID-19 en seres queridos, pero actualmente esta línea de investigación no está siendo explorada con solidez para poder aportar resultados más concluyentes. Podemos hacer otro paralelismo con enfermedades experimentadas por familiares de adolescentes, como el cáncer, encontrándose que los adolescentes pueden presentar ansiedad y preocupación, pero también fortaleza y resiliencia (Spira y Kenemore, 2000).

Destacar que en nuestro estudio encontramos una vinculación altamente significativa entre la nacionalidad de los/as adolescentes y conocer a personas que estaban enfermas por COVID-19. Los resultados nos indican que el 100% de los/as adolescentes españoles/as conocen a personas contagiadas por coronavirus frente a un 30.3% de adolescentes etíopes que declaran conocer a personas infectadas por la COVID-19. De estos datos obtenidos, podemos inferir que no se trata porque el SARS-CoV-2 tenga una menor influencia en países africanos si no que se deben a las grandes desigualdades en materia de salud y bienestar entre países desarrollados y subdesarrollados. Estas desigualdades desencadenan un sistema sanitario deficiente en países como los del continente africano, donde el volumen de PCRs o tests rápidos de antígenos está a años luz del de sus iguales de países desarrollados. Por ejemplo, esta falta de acceso, ayudas y recursos a la salud, tanto física como mental entre países se puede ver con la vacunación para prevenir el COVID-19: en España, actualmente han recibido al menos una dosis de la vacuna de la COVID-19 un 30.62% de la población, en cambio cuando hemos buscado los datos de Etiopía sobre la vacunación en la misma fuente de datos, no figura ningún

registro de vacunación (Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research, 2021). Siguiendo la búsqueda se visualizó que, en Somalia, país vecino de Etiopía el porcentaje de vacunación fue del 0.74% a mediados de abril, actualmente en este país la vacunación se encuentra parada y en concordancia, el porcentaje de vacunación actual en el continente africano no supera el 1.15% de la población (Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research, 2021). Tras comprobar las carencias sanitarias del país africano, no es sorprendente que los/as adolescentes españoles/as reporten conocer más personas contagiadas por la COVID-19.

Al margen de los resultados encontrados, resaltar que la escala es ampliamente utilizada a nivel mundial demostrando su buen funcionamiento, pero es importante mencionar que en este estudio hay una serie de limitaciones y que es necesario tenerlas en cuenta a la hora de interpretar los resultados y planear futuras investigaciones. Entre las limitaciones de nuestro estudio, destacar el efecto que pueden tener terceras variables no exploradas en los resultados publicados, como pueden ser la IE o la resiliencia. Además, nuestra investigación tiene una muestra pequeña, siendo mayor el número de mujeres como de participantes españoles/as los/as que conforman la cohorte de adolescentes. También es evidente la escasa variedad de literatura encontrada sobre la salud mental psicosocial en adolescentes como estudios que evalúen su relación con la COVID-19, ya que no existen estudios pretest-postest relacionados con la COVID-19, y el efecto que puede tener en los/as adolescentes tanto a corto como a largo plazo. El uso de una muestra incidental, así como la carencia de adaptación al idioma del instrumento empleado también son limitaciones a tener en cuenta. Siguiendo esta línea de limitaciones, destacar que la recogida de datos no se realizó en el mismo momento a ambas nacionalidades y esto puede influir en la percepción del COVID-19 como en la expresión de los síntomas psicosociales, ya que la pandemia de la COVID-19 presenta distintos momentos que se pueden percibir de manera diferente como confinamiento, movilidad reducida o periodo de vacunación y estas distintas etapas afectan de manera diferente a la población en general.

De acuerdo con estas limitaciones, es evidente la necesidad de seguir profundizando en el estudio del ajuste psicosocial en la adolescencia y su relación con la COVID, no solo ante esta crisis humanitaria si no también ante otras circunstancias poco estudiadas en las que los/as adolescentes pueden presentar AP en comparación con la población normotípica, por ejemplo, ante el suicidio y el homicidio de familiares o el abuso sexual y la mutilación genital femenina, haciendo paralelismos según los países

para poder llegar a realizar adecuadas comparaciones transculturales. Se recomienda la valoración de variables individuales en distintos contextos con el objetivo de identificar si los resultados varían según cada una de las poblaciones objeto como también se incita a realizar investigaciones con una muestra adecuada para diferenciar entre las distintas etapas de la adolescencia: temprana, media y tardía, con el fin de describir y comparar diferencias de carácter psicosocial.

Con este estudio queremos promover la realización de futuras investigaciones que aporten evidencia a la literatura científica a través de diseños prospectivos que permitan inferir relaciones de causalidad entre las variables estudiadas y examinando la influencia de la IE sobre otras variables criterio importantes en la adolescencia, como la salud mental o el rendimiento académico. Por último, mencionar que, tras no obtener diferencias entre nacionalidades y sexo, los resultados obtenidos permiten llevar a cabo el desarrollo de programas de intervención válidos en diferentes culturas y para adolescentes en general, con el objetivo de mejorar el ajuste psicosocial del adolescente garantizando una mejor salud mental y, consecuentemente, calidad de vida.

Conclusiones

La situación desencadenada a nivel mundial tras el virus del SARS-CoV-2 puede producir cambios a largo plazo, en todos los ámbitos de un individuo de acuerdo a sus circunstancias. Las investigaciones publicadas hasta el momento infieren observaciones en la población sobre alteraciones en la salud mental y la repercusión de esta en la adolescencia. Por ello, conocer el impacto psicosocial que ha desencadenado la pandemia mundial actual es necesario para poder desarrollar y utilizar programas que permitan un óptimo bienestar psicosocial y que su implantación, por ejemplo, a través de las escuelas, pueda ser beneficiosa para una amplia población menor de edad, independientemente de su estatus socioeconómico, cultura o nacionalidad. Por lo que, la pandemia de la COVID-19 puede influir, junto a otras variables, en la salud mental de las personas.

Referencias

- Ackerman, B. P., Kogos, J., Youngstrom, E., Schoff, K. y Izard, C. (1999). Family instability and the problem behaviors of children from economically disadvantaged families. *Developmental Psychology*, 35(1), 258–268. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.1.258>.
- ACNUR (2021a). Ébola en el Congo. La Agencia Nacional de la ONU para los Refugiados. <https://eacnur.org/es/brote-de-ebola-en-congo-envia-ayuda>
- ACNUR (2021b). Las peores crisis humanitarias en 2021. ¿A qué nos enfrentamos? La Agencia Nacional de la ONU para los Refugiados (ACNUR). <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/crisis-humanitarias-2021>
- Adejuwon, G. y Oki, S. (2011). Emotional well-being of orphans and vulnerable children in Ogun state orphanages Nigeria: Predictors and implications for policy. *IFE Psychologia*, 19(1), 1-17. <https://doi.org/10.4314/ifep.v19i1.64571>
- Anderson, D. L., Spratt, E. G., Macias, M. M., Jellinek, M. S., Murphy, J., Pagano, M., Griesemer, D. A., Holden, K. R., y Barbosa, E. (1999). Use of the pediatric symptom checklist in the pediatric neurology population. *Pediatric Neurology*, 20(2), 116–120. [https://doi.org/10.1016/s0887-8994\(98\)00121-0](https://doi.org/10.1016/s0887-8994(98)00121-0)
- Balluerka, M. N., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, M. A., Espada, J. P., Padilla, J. L. y Santed, M. Á. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación. Universidad del País Vasco. <https://addi.ehu.es/handle/10810/45924>
- Berasategui, N., Idoiaga Mondragon, N., Dosil Santamaría, M., Picaza Gorrochategui, M. y Ozamiz Etxebarria, N. (2020). Las voces de los niños y de las niñas en situación de confinamiento por el COVID-19. Servicio de publicaciones de la Universidad de País Vasco. <https://web-argitalpena.adm.ehu.es/listaproductos.asp?IdProducts=USP00202291>
- Bergmann, P., Lucke, C., Nguyen, T., Jellinek, M. y Murphy, J. M. (2020). Identification and Utility of a Short Form of the Pediatric Symptom Checklist-Youth Self-Report (PSC-17-Y). *European Journal of Psychological Assessment*, 36(1), 56–64. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000486>

- Bista, B., Thapa, P., Sapkota, D., Singh, S. B. y Pokharel, P. K. (2016). Psychosocial Problems among Adolescent Students: An Exploratory Study in the Central Region of Nepal. *Frontiers in Public Health*, 4(158), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00158>
- Bryant, J. (2005). Children of international migrants in Indonesia, Thailand and the Philippines: A review of evidence and policies, Innocenti Working Paper: UNICEF. https://www.researchgate.net/publication/23799946_Children_of_International_Migrants_in_Indonesia_Thailand_and_the_Philippines_A_review_of_evidence_and_policies
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., y Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff during COVID-19 outbreak in Hunan, China. *Medical Science Monitor*, 26, 1-16. <https://doi.org/10.12659/msm.924171>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287(112934), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Carrascosa, L., Cava, M. J. y Buelga, S. (2016). Ajuste psicosocial en adolescentes víctimas frecuentes y víctimas ocasionales de violencia de pareja. *Terapia psicológica*, 34(2), 93–102. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082016000200002>
- Chaurasiya, A., Ranjan, JK y Asthana, HS (2019). Hindi adaptation of Pediatric Symptom Checklist-Youth Version (PSC-Y). *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 15(1), 69-84. <https://jiacam.org/ojs/index.php/JIACAM/article/view/33>
- Cherrington, A. M. (2018). Research as hope-intervention: Mobilising hope in a South African higher education context. *South African Journal of Education*, 38(4), 1–9. <https://doi.org/10.15700/saje.v38n4a1706>
- Claudius, I., Mahrer, N., Nager, A. L. y Gold, J. I. (2012). Occult Psychosocial Impairment in a Pediatric Emergency Department Population. *Pediatric*

Emergency Care, 28(12), 1334–1337.
<https://doi.org/10.1097/pec.0b013e318276b0bc>

Cluver, L. y Gardner, F. (2007). The mental health of children orphaned by AIDS: a review of international and southern African research. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 19(1), 1–17.
<https://doi.org/10.2989/1728058070948663>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research. (2021). *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

COVID-19 Map. (2021). Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Díaz, C. y Galanzini, N. (2020). Una pandemia en la sombra de la COVID-19. MUJERES POR ÁFRICA. https://mujeresporafrica.es/mxa_estudia/una-pandemia-en-la-sombra-de-la-covid-19/

Dolz, M. (2021). El Hospital Sant Joan de Déu atiende un 47% más de urgencias de salud mental en adolescentes. *Europa press*. <https://www.europapress.es/catalunya/noticia-hospital-sant-joan-deu-atiende-47-mas-urgencias-salud-mental-adolescentes-20210506144229.html>

Duan, L., Shao, X., Wang, Y., Huang, Y., Miao, J., Yang, X., & Zhu, G. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 112–118.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>

Eid, M. y Diener, E. (2001). Norms for experiencing emotions in different cultures: Inter- and intranational differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(5), 869–885. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.5.869>

Erades, N y Morales, A. (2020). Impacto psicológico del confinamiento por la COVID-19 en niños españoles: un estudio transversal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 27–34.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7649329>

- Esteban, M., Puerto, M., Fernández Cordero, X., Jiménez García, R., Gil De Miguel, A., y Hernández Barrera, V. (2012). Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 229–240. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272012000200005>
- Fawzy, N. y Fouad, A. (2010). Psychosocial and developmental status of orphanage children: Epidemiological study. *Current Psychiatry*, 17(2), 41-48. https://www.researchgate.net/publication/268347270_Psychosocial_and_Developmental_Status_of_Orphanage_Children_Epidemiological_Study
- Fernández-Angulo, A., Quintanilla, L. y Gimenez-Dasi, M. (2016). Dialogando sobre emociones con niños en riesgo de exclusión social: un estudio preliminar [Talking about emotions with children at risk of social exclusion: A preliminary study]. *Acción Psicológica*, 13(1), 191. <https://doi.org/10.5944/ap.13.1.15787>
- Fonseca, M. S., González, M. del C. O. y Jiménez, J. de M. (2002). Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 20(20), 243–258. <http://hdl.handle.net/10366/70730>
- Galiano, M. D. L. C., Prado, R. F. y Mustelier, R. G. (2020). Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia de COVID-19. *Revista cubana de pediatría*, 92(1), 1-19. <http://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1342>
- Gall, G., Pagano, M. E., Desmond, M. S., Perrin, J. M. y Murphy, J. M. (2000). Utility of Psychosocial Screening at a School-based Health Center. *Journal of School Health*, 70(7), 292–298. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2000.tb07254.x>
- George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Ghorbanpoor, M., Mirzaie, M., Mirhaghjou, S. N. y Atrkar Roshan, Z. (2020). The Relationship Between Psychosocial Status and Adherence to Treatment Regimen in Adolescents with Thalassemia. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 30(2), 78–85. <https://doi.org/10.32598/jhnm.30.2.78>

- Gómez, M. G., Mir, P. G., y Valenzuela, B. (2020). Adolescencia y edad adulta emergente frente al COVID-19 en España y República Dominicana. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 35–41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7649330>
- Gómez-Becerra, I., Contreras, J. M. F., Romero, M. P. A., López, P. S. y Torres, M. F. (2020). Evolución del estado psicológico y el miedo en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 11–18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7649327>
- Govender, K., Cowden, R. G., Nyamaruze, P., Armstrong, R. M. y Hatane, L. (2020). Beyond the Disease: Contextualized Implications of the COVID-19 Pandemic for Children and Young People Living in Eastern and Southern Africa. *Frontiers in Public Health*, 8(508), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00504>
- Han, D. H., Woo, J., Jeong, J. H., Hwang, S. y Chung, U. S. (2015). The Korean Version of the Pediatric Symptom Checklist: Psychometric Properties in Korean School-aged Children. *Journal of Korean Medical Science*, 30(8), 1167-1174. <https://doi.org/10.3346/jkms.2015.30.8.1167>
- Imran, N., Zeshan, M. y Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4), 67-72. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.covid19-s4.2759>
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., y Burns, B. J. (1986). Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. *The Journal of Pediatrics*, 109(2), 371–378. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(86\)80408-5](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(86)80408-5)
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S. y Fenton, T. (1988). Pediatric Symptom Checklist: screening school-age children for psychosocial dysfunction. *The Journal of pediatrics*, 112(2), 201–209. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(88\)80056-8](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(88)80056-8)
- Jutte, D. P., Burgos, A., Mendoza, F., Ford, C. B. y Huffman, L. C. (2003). Use of the Pediatric Symptom Checklist in a Low-Income, Mexican American Population.

Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 157(12), 1169-1176.
<https://doi.org/10.1001/archpedi.157.12.1169>

Kleinman, R., Hall, S., Green, H., Korzec-Ramirez, D., Patton, K., Pagano, M. y Murphy, J. (2002). Diet, Breakfast, and Academic Performance in Children. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 46(1), 24–30. <https://doi.org/10.1159/000066399>

Ledón, L. (2012). Psychosocial impact of diabetes mellitus, experiences, meanings, and responses to disease. *Revista Cubana de Endocrinología*, 3(1), 1561–2953.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es&tlng=en.

Lowenthal, E., Lawler, K., Harari, N., Moamogwe, L., Masunge, J., Masedi, M., Matome, B., Seloilwe, E., Jellinek, M., Murphy, M. y Gross, R. (2011). Validation of the Pediatric Symptom Checklist in HIV-infected Batswana. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 23(1), 17–28.
<https://doi.org/10.2989/17280583.2011.594245>

*Madhi, S. A., Gray, G. E., Ismail, N., Izu, A., Mendelson, M., Cassim, N., Stevens, W. y Venter, F. (2020). COVID-19 lockdowns in low- and middle-income countries: Success against COVID-19 at the price of greater costs. *South African Medical Journal*, 110(8), 724-726. <https://doi.org/10.7196/samj.2020.v110i8.15055>

Martín, E., Fajardo, C., Gutiérrez, A. y Palma, D. (2007). Estrategias de afrontamiento de crisis causadas por el desempleo en familias con hijos adolescentes en Bogotá. *Acta colombiana de Psicología*, 10(2), 127-141.
<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a13.pdf>

Montaño, Z., Mahrer, N. E., Nager, A. L., Claudius, I. y Gold, J. I. (2010). Assessing Psychosocial Impairment in the Pediatric Emergency Department: Child/Caregiver Concordance. *Journal of Child and Family Studies*, 20(4), 473–477. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9414-3>

Montero, I., y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International journal of clinical and health psychology*, 2(3), 503-508. <https://psycnet.apa.org/record/2002-18641-008>

- Murphy, J. M., Nguyen, T., Lucke, C., Chiang, C., Plasencia, N. y Jellinek, M. (2018). Adolescent Self-Screening for Mental Health Problems; Demonstration of an Internet-Based Approach. *Academic Pediatrics*, 18(1), 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.08.013>
- Okuda, M., Sekiya, M., Okuda, Y., Kunitsugu, I., Yoshitake, N. y Hobara, T. (2012). Psychosocial functioning and self-rated health in Japanese school-aged children: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 15(2), 157–163. <https://doi.org/10.1111/nhs.12005>
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., y Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*, 11(579038), 1-10. <https://doi.org/10.31234/OSF.IO/5BPFZ>
- Pagano, M. E., Cassidy, L. J., Little, M., Murphy, J. M. y Jellinek, A. M. S. (2000). Identifying psychosocial dysfunction in School-Age children: The pediatric symptom checklist as a Self-Report measure. *Psychology in the Schools*, 37(2), 91–106. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6807\(200003\)37:2<91::AID-PITS1>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<91::AID-PITS1>3.0.CO;2-3)
- Pillay, N. (2011). OHCHR, Statement by UN High Commissioner for Human Rights Navi Pillay to mark the opening of the UN Human Rights Office in Tunisia. <https://reliefweb.int/report/tunisia/statement-un-high-commissioner-human-rights-navi-pillay-mark-opening-un-human-rights>
- Piqueras, J. A., Gomez-Gomez, M., Marzo, J. C., Gomez-Mir, P., Falco, R., Valenzuela, B. y Group, P.-S. C.-19 study. (2020). Validation of the Spanish version of Fear of COVID-19 Scale: Its association with acute stress and coping. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–17. <https://www.researchsquare.com/article/rs-75063/v1>
- Prilleltensky I. y Prilleltensky O. (2006). *Promoting well-being: linking personal, organizational, and community change*. Nueva York: Wiley

- Ramamoorthy, N. y Flood, P. C. (2002). Employee Attitudes and Behavioral Intentions: A Test of the Main and Moderating Effects of Individualism-Collectivism Orientations. *Human Relations*, 55(9), 1071–1096. <https://doi.org/10.1177/0018726702055009020>
- Reed-Knight, B., Hayutin, L. G., Lewis, J. D. y Blount, R. L. (2011). Factor Structure of the Pediatric Symptom Checklist with a Pediatric Gastroenterology Sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(3), 299–306. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9242-7>
- Reijneveld, S. A., Vogels, A. G., Hoekstra, F. y Crone, M. R. (2006). Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. *BMC Public Health*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-197>
- Reznik, A., Gritsenko, V., Konstantinov, V., Khamenka, N., y Isralowitz, R. (2020). COVID-19 Fear in Eastern Europe: Validation of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 1-6. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00283-3>
- Ribot, V., Chang, N. y González, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera De Ciencias Médicas*, 19, 1-11. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307>
- Richard, H. M., Cerza, S. P., De La Rocha, A. y Podeszwa, D. A. (2020). Preoperative mental health status is a significant predictor of postoperative outcomes in adolescents treated with hip preservation surgery. *Journal of Children's Orthopaedics*, 14(4), 259–265. <https://doi.org/10.1302/1863-2548.14.200013>
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., y Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2), 143-152. <https://doi.org/10.30552/ejep.v4i2.71>
- Sánchez, I.M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN*, 25(1), 123-141. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000100123

Spira, M. y Kenemore, E. (2000). Adolescent Daughters of mothers with breast cancer: impact and implications. *Clinical Social Work Journal*, 28(2), 183–195. <https://doi.org/10.1023/a:1005106301713>

Sprang, G. y Silman, M. (2013). Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(1), 105–110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>

Stoppelbein L, Greening L, Jordan SS, Elkin TD, Moll G y Pullen J. (2005). Factor analysis of the Pediatric Symptom Checklist with a chronically ill pediatric population. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 26(5), 349–355. <https://doi.org/10.1097/00004703-200510000-00002>

Thun-Hohenstein, L. y Herzog, S. (2007). The predictive value of the pediatric symptom checklist in 5-year-old Austrian children. *European Journal of Pediatrics*, 167(3), 323–329. <https://doi.org/10.1007/s00431-007-0494-z>

UNICEF (2020). Coronavirus: no dejemos que los niños sean las víctimas ocultas. UNICEF. <https://www.unicef.es/noticia/coronavirus-no-dejemos-que-los-ninos-sean-las-victimas-ocultas>

UNICEF y Banco Mundial (2016). Ending Extreme Poverty: A Focus on Children. <https://www.unicef.org/reports/ending-extreme-poverty-focus-children>

Utsey, S. O., Hook, J. N., Fischer, N., y Belvet, B. (2008). Cultural orientation, ego resilience, and optimism as predictors of subjective well-being in African Americans. *The Journal of Positive Psychology*, 3(3), 202–210. <https://doi.org/10.1080/17439760801999610>

Van Breda, A. D. y Theron, L. C. (2018). A critical review of South African child and youth resilience studies, 2009–2017. *Children and Youth Services Review*, 91, 237–247. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.022>

Via, E., Estrada-Prat, X., Tor, J., Virgili, C., Fàbrega, M., Duran, L., Alda, J. A., Keating, C. y Dolz, M. (2020). COVID-19 Pandemic: Increased risk for psychopathology in Children and Adolescents? *Research Square*, 1-14. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-104507/v1>

Visión Mundial (2020). Las voces de los niños en tiempos de COVID-19: Activismo infantil continuo frente a los desafíos personales. <https://www.wvi.org/publications/report/child-participation/las-vozes-de-los-ninos-y-ninas-en-tiempos-de-covid-19>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wilson, D. y Williams, V. (2013). Ubuntu: Development and Framework of a Specific Model of Positive Mental Health. *PsyCh J*, 10 (2), 80-100. https://www.researchgate.net/publication/261706211_Ubuntu_Development_and_Framework_of_a_Specific_Model_of_Positive_Mental_Health

Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J. y Song, R. (2020). Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatrics*, 174(9), 898-900. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>

Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X. y Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749-758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>