



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Polivictimización, resiliencia y conducta suicida en adolescentes atendidos por el sistema de protección y justicia juvenil

Elizabeth Suárez Soto

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología
Programa de Doctorado:
Cerebro, Cognición y Conducta

TESIS DOCTORAL

POLIVICTIMIZACIÓN, RESILIENCIA Y CONDUCTA SUICIDA
EN ADOLESCENTES ATENDIDOS
POR EL SISTEMA DE PROTECCIÓN Y JUSTICIA JUVENIL
Elizabeth Suárez Soto

Directoras:
Dra. Noemí Pereda Beltran
Dra. Georgina Guilera Ferré

Barcelona, 2020

Diseño portada

Camila Herrera Robledo.

Financiación

La presente investigación se desarrolló gracias al financiamiento de CONICYT (Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica) por medio del Programa de Formación de Capital Humano Avanzado Doctorado Becas Chile/2015 – 72160132.

“El día en que los discursos culturales dejen de seguir considerando a las víctimas como a cómplices del agresor o como a reos del destino, el sentimiento de haber sido magullado se volverá más leve. Cuando los profesionales se vuelvan menos incrédulos, menos guasones, o menos proclives a la moralización, los heridos emprenderán sus procesos de reparación con una rapidez mucho mayor a la que se observa en la actualidad. Y cuando las personas encargadas de tomar las decisiones sociales acepten simplemente disponer en torno a los descarriados unos cuantos lugares de creación, de palabras y de aprendizajes sociales, nos sorprenderá observar cómo un gran número de heridos conseguirá metamorfosear sus sufrimientos y realizar, pese a todo, una obra humana” (Cyrulnik, 2002, p. 27).

Agradecimientos

A la Dra. Noemí Pereda Beltran, por su constante apoyo, su valiosa orientación y su inestimable confianza en mí. La generosidad y amabilidad demostrada en cada momento, han sido un gran apoyo durante este proceso. Mi sincera admiración por su dedicación apasionada y rigurosa al estudio de la victimología.

A la Dra. Georgina Guilera Férre, por animarme a superarme constantemente. Su profesionalidad, sentido de la responsabilidad y conocimientos han sido una fuente constante de aprendizaje. Sin sus correcciones y consejos no hubiera sido posible la elaboración de esta tesis.

Gracias Dra. Noemí Pereda y Dra. Georgina Guilera, por la magnífica dirección de este trabajo. Su humanidad, afecto y apoyo han sido claves en los momentos de dificultad.

Quisiera agradecer la ayuda otorgada por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile (CONY-CIT), a través de su programa BECASCHILE, que me ha permitido formarme como investigadora y desarrollar este trabajo. Agradecer también todo el apoyo recibido por el Departamento Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Barcelona.

A mis compañeras y compañeros del Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA), del que con gran orgullo y satisfacción formo parte. Gracias a todas y todos por su respaldo y gran aprecio a lo largo de estos años.

Especialment m'agradaria agrair a la meva amiga i Dra. Anna Segura per guiar-me, per estar sempre disposada a resoldre els meus dubtes, per la seva generositat i ajuda desinteressada. Gràcies companya.

Y por supuesto, quiero hacer extensivo este agradecimiento al fantástico grupo de amigas que hemos construido; Ana Greco, Marina Bartolomé, Jessica Oyarzún y Anna Segura, gracias por compartir conmigo durante estos años, por sus risas y reflexiones, por hacerme sentir como en casa. Me siento feliz de haber coincidido con ustedes en esta etapa de mi vida. La hermandad del cactus es el ejemplo claro de lo que somos, un grupo de mujeres resilientes. Gracias por todo.

A mi amiga y Dra. Virginia Krieger por ayudarme desinteresadamente en esa etapa difícil, te estaré siempre agradecida. Simplemente, gracias por creer en mí.

A mis amigos de la vida, por animarme y apoyarme desde la distancia en esta aventura, gracias por su apoyo incondicional y su infatigable presencia en este largo proceso de formación. Gracias Vitalia, Roberto, Daniela, Lizzette, Carla, Camila, Maisa, Jeannela y Juliana. Y gracias también a mis compañeros, Dani y Andrés, por el cuidado y apoyo infinito en mis primeros años en Barcelona.

Gracias a la Dra. Virginia Martín por su contribución generosa y ayuda desinteresada.

A mi compañero David López por estar siempre ahí y, sobre todo, por caminar a mi lado y por ser el mejor compañero de viaje que podría imaginar. Gracias por tu apoyo incondicional, por la comprensión y paciencia en este periodo. Gracias también a tus padres, hermana y sobrinos por su cariño y preocupación en todo momento.

Y por encima de todo, a mi familia, a las mujeres de mi vida por acompañarme amorosa e incondicionalmente en todos mis proyectos. A mi hermana Karen, por su amor, preocupación y apoyo, a mi sobrina Amira, por alegrar mis días con sus travesuras, y que pese a la distancia, siento cerca. A mi abuela Elizabeth, por enseñarme a cumplir mis sueños, y sentirme capaz de alcanzar lo que sea que me proponga, esa fortaleza y valentía, sin dudas, lo heredé de ti. Y a mi mamá Jessica, a quien dedico este trabajo, por su lucha constante, por el coraje y el valor que ha tenido para levantarse ante cualquier adversidad, por ser la mujer que me dió la vida y me enseñó a vivirla... me siento orgullosa de la persona que soy y te lo debo en gran parte a ti, me has permitido volar, equivocarme y crecer. Sin ustedes jamás lo hubiese logrado.

A todas y todos ustedes muchísimas gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	11
ABSTRACT	13
1. INTRODUCCIÓN	18
1.1. El Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia y el Sistema de Justicia Juvenil en España y Catalunya	21
1.1.1 El sistema de protección a la infancia y la adolescencia en España y Catalunya	23
1.2.2. El sistema de justicia juvenil en España y Catalunya	25
1.2. Victimización y polivictimización	27
1.2.1 Conceptualización de la victimización y la polivictimización	27
1.2.2. La investigación sobre victimización y polivictimización en el sistema de protección y justicia juvenil	30
1.3. Suicidio como concepto y como <i>continuum</i>	32
1.3.1. Teorías contemporáneas de la conducta suicida	38
1.3.2. Factores asociados a la conducta suicida juvenil	40
1.3.3. Prevalencia de la conducta suicida en adolescentes del sistema de protección y justicia juvenil	42
1.4. Estudios empíricos en conducta suicida, victimización y polivictimización	46
1.5. Estudios empíricos en conducta suicida y resiliencia	48
2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	55
3. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS EMPÍRICAS	61
3.1. Trabajo empírico 1: victimización, polivictimización y conducta suicida	62
3.2. Trabajo empírico 2: polivictimización, resiliencia y conducta suicida	63
4. MÉTODO	67
4.1. Participantes	67
4.2. Instrumentos	70
4.2.1. Ficha de datos sociodemográficos	70
4.2.2. Youth Self Report/11-18	70
4.2.3. Juvenile Victimization Questionnaire	71
4.2.4. Adolescent Resilience Questionnaire	74
4.3. Procedimiento	75
4.4. Análisis estadístico de los datos	76
4.4.1. Trabajo empírico 1: victimización, polivictimización y conducta suicida	76
4.4.2. Trabajo empírico 2: polivictimización, resiliencia y conducta suicida	77

5. RESULTADOS	81
5.1. Trabajo empírico 1: victimización, polivictimización y conducta suicida	81
5.2. Trabajo empírico 2: polivictimización, resiliencia y conducta suicida	82
6. PUBLICACIONES	83
6.1. Trabajo empírico 1: victimización, polivictimización y conducta suicida	83
6.2. Trabajo empírico 2: polivictimización, resiliencia y conducta suicida	109
7. DISCUSIÓN	139
8. FORTALEZAS Y LIMITACIONES	149
8.1. Fortalezas	149
8.2. Limitaciones	151
9. IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	154
9.1. Implicaciones prácticas	154
9.2. Futuras líneas de investigación	161
10. CONCLUSIÓN GENERAL	163
11. REFERENCIAS	165
12. APÉNDICES	193
12.1. Anexo I. Trabajo empírico complementario	193
12.2. Anexo II. Carta de aprobación de la investigación	195
12.3. Anexo III. Hoja informativa de la investigación para padres, madres o tutores legales	196
12.4. Anexo IV. Hoja informativa para el participante	197
12.5. Anexo V. Consentimiento Informado padres	198
12.6. Anexo VI. Consentimiento informado participante	199
12.7. Anexo VII. Ejemplo de compromiso de confidencialidad de los datos para los colaboradores del estudio	200

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. La conducta relacionada con el suicidio (O'Carroll et al., 1996)	34
Tabla 2. Clasificación de la conducta suicida según Silverman et al. (2007a, 2007b)	35
Tabla 3. Selección de las principales definiciones sobre suicidio	36
Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes	67
Tabla 5. Escalas de banda amplia y banda estrecha del YSR	71
Tabla 6. Formas de victimización evaluadas por módulo del JVQ	72
Tabla 7. Dominios y escalas de resiliencia ARQ basados en Garland et al. (2011)	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estudio comprensivo de la victimización infanto-juvenil adaptado de Finkelhor (2007); Pereda et al. (2012)	29
Figura 2. Expresiones, según su naturaleza, de la conducta suicida, adaptado de Anseán (2014)	38
Figura 3. Defunciones según la causa de muerte por sexo y grupos de edad entre 15 y 19 años (INE, 2019)	43
Figura 4. Defunciones según la causa de muerte por sexo y grupos de edad entre 10 y 14 años (INE, 2019)	43
Figura 5. Modelo de prevención de la conducta suicida. Adaptado de Mann	156

Resumen

La conducta suicida en adolescentes atendidos por instituciones gestionadas por el Estado (e.g., protección infantil, justicia juvenil) ha sido foco de escaso interés en el ámbito empírico. No obstante, la mayoría de los estudios que se han llevado a cabo ha enfatizado la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran estos jóvenes. Gran parte de estos chicos y chicas presentan una alta prevalencia de conducta suicida y han sufrido numerosas experiencias de victimización antes y durante su vinculación con estas instituciones, constituyendo así un problema psicosocial grave y de interés en las políticas sociales.

Esta tesis se presenta como un compendio de dos trabajos empíricos originales de investigación científica que abordan la relación entre la acumulación de experiencias victimizantes o polivictimización, la resiliencia y la conducta suicida en adolescentes del sistema de protección y de justicia juvenil en España. Ambos trabajos han sido publicados en revistas indexadas en el Journal Citation Reports (JCR), detallándose más abajo las correspondientes referencias:

- Artículo 1: Suárez-Soto, E., Guilera, G., & Pereda, N. (2018). Victimization and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems in Spain. *Children and Youth Services Review*, *91*, 383-389. doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.06.037
- Artículo 2: Suárez-Soto, E., Pereda, N., & Guilera, G. (2019). Poly-victimization, resilience, and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems. *Children and Youth Services Review*, *106*, 104500. doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104500

Secundariamente, se incluye como lectura complementaria (ver apéndices, Anexo I) a la comprensión de la victimización en este colectivo, un tercer trabajo publicado, que exploró las características sociodemográficas, perfil victimológico y sintomatología externalizante de los jóvenes con doble expediente en el sistema de protección y justicia juvenil, y aquellos jóvenes con expediente único en justicia juvenil.

- Artículo complementario: Suárez-Soto, E., Pereda, N., Guilera, G., & Catalan, N. (2018). ¿Víctimas o delincuentes?: Jóvenes implicados en los sistemas de protección y justicia juvenil en Cataluña: Un estudio exploratorio. *Revista de Victimología*, *8*, 103-130. doi:10.12827/RVJV.8.04

La muestra objeto de estudio estuvo conformada por 227 adolescentes de entre 12 y 17 años ($M = 15,26$; $DT = 1,54$) (145 hombres y 82 mujeres). De éstos, 126 adolescentes

fueron reclutados en 18 instalaciones residenciales diferentes, administradas por la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA). A su vez, 101 adolescentes fueron reclutados en tres centros de detención (77,2%) y cinco centros de régimen abierto (22,8%), administrados por la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil (DGEPCJJ).

En general, los resultados destacan la significativa carga de violencia interpersonal a la que los adolescentes de estos colectivos se ven expuestos y muestran que rara vez los jóvenes experimentan un único episodio de victimización de forma aislada, sino más bien viven diferentes experiencias de victimización. También se destaca que la conducta suicida es común entre los jóvenes atendidos en la administración pública; siendo la ideación suicida particularmente frecuente. La condición de polivíctima o ser víctima de abuso sexual aumenta la probabilidad de presentar conducta suicida en comparación con otros tipos de victimización. Además, el género femenino y la participación en el sistema de protección infantil están relacionados con la presencia de conducta suicida (ideación suicida/conducta autolesiva). Otro de los resultados que destaca es que los jóvenes con conducta suicida presentan una menor capacidad de resiliencia en diferentes dominios (es decir, individual, familia, pares, escuela, comunidad) que los jóvenes sin este comportamiento. En segundo lugar, los factores de resiliencia asociados con el dominio individual (por ejemplo, *insight* emocional) serían los más relevantes en la prevención de conducta suicida en estos jóvenes.

Estos hallazgos resaltan la importancia de los recursos propios, como un objetivo de intervención clave en adolescentes con conducta suicida y polivictimización. Los resultados sugieren que trabajar sobre la visión que los adolescentes tienen de sus propios recursos, específicamente sobre su capacidad de regular sus emociones de manera positiva, puede ayudarles a desarrollar su resiliencia frente a la adversidad. Esta investigación pretende ser un aporte científico de utilidad para clínicos y otros profesionales del ámbito de la salud y de las ciencias sociales, que promueve la implementación de medidas para prevenir el suicidio observando los factores significativamente relacionados con el comportamiento suicida que reducen el riesgo (es decir, los recursos personales) o lo aumentan (por ejemplo, la polivictimización).

Palabras clave: conducta suicida; ideación suicida; victimización; polivictimización; protección infantil; justicia juvenil; resiliencia.

Abstract

Suicidal behavior in adolescents in the care of state managerial institutions (e.g., social welfare, juvenile justice) has been of little interest empirically. However, the majority of studies that have been conducted have emphasized the vulnerable condition in which these youths find themselves. A large portion of these children present a high prevalence of suicidal behavior and have suffered numerous experiences of victimization before and during their relationship with these institutions, creating grave psychological problems that are of interest to social policies.

This thesis presents two original empirical studies of scientific investigations that address the relationship between the accumulation of victimization experiences or poly-victimization, resilience, and suicidal behavior in adolescents in the protection and juvenile justice systems in Spain. Both works have been published in journals indexed in the Journal Citation Reports (JCR), which are detailed farther below with the corresponding references:

- Article 1: Suárez-Soto, E., Guilera, G., & Pereda, N. (2018). Victimization and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems in Spain. *Children and Youth Services Review*, 91, 383-389. doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.037
- Article 2: Suárez-Soto, E., Pereda, N., & Guilera, G. (2019). Poly-victimization, resilience, and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems. *Children and Youth Services Review*, doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104500

In addition, a complementary lecture (see appendices, Annex I) on understanding victimization in this collective along with a third published work, which explored the sociodemographic characteristics, victimological profile, and externalized symptomatology of youths with case files with both the protection and juvenile justice systems as well as youths with case files in only the juvenile justice system, have been included.

Complementary article: Suárez-Soto, E., Pereda, N., Guilera, G., & Catalan, N. (2018). Victims or delinquents?: Adolescents involved in the child welfare and juvenile justice systems in Catalonia: An exploratory study. *Revista de Victimologia*, 8, 103-130. doi:10.12827/RVJV.8.04

The study sample included 227 adolescents between 12 and 17 years of age (M = 15.26, DT = 1.54, 145 males and 82 females). Of these, 126 adolescents were recruited from 18 different residential installations administrated by the Direcció General

d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA, Directorate-General for Care of Children and Adolescents in Catalunya, Spain). Similarly, 101 adolescents were recruited from three detention centers (77.2%) and five open prisons (22.8%) administered by the Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil (DGEPCJJ, Directorate-General for Penal Enforcement in the Community and for Juvenile Justice).

In general, the results highlight the significant burden of interpersonal violence to which adolescents in these groups are exposed and show that young people rarely experience a single episode of victimization in isolation, but rather live different experiences of victimization. It is also noted that suicidal behavior is common among young people served by public administrations; suicidal ideation occurs with a high frequency. The condition of poly-victims or being a victim of sexual abuse increases the likelihood of presenting suicidal behavior compared to other types of victimization. In addition, the female gender and participation in the child welfare system are related to the presence of suicidal behavior (suicidal ideation/self-harming behavior). Another glaring result is that young people with suicidal behaviors have a lower resilience in different domains (i.e., self, family, peers, school, community) than young people without these behaviors. Second, the resilience factors associated with individual dominance (for example, emotional insight) would be the most relevant in preventing suicidal behavior in these young people.

These findings highlight the importance of own resources as a key intervention objective in adolescents with suicidal behaviors and poly-victimization. The results suggest that working on how adolescents view their own resources, specifically their ability to regulate their emotions in a positive way, can help them develop their resilience in the face of adversity. This research aims to be a useful scientific contribution for clinicians and other professionals in the field of health and social sciences, which promotes the implementation of measures to prevent suicide by observing factors significantly related to suicidal behavior that reduce risk (i.e., personal resources) or increase it (e.g., poly-victimization).

Keywords: suicidal behavior; suicidal ideation; victimization; polyvictimization; child protection; juvenile justice; resilience.

Introducción

1. Introducción

El suicidio juvenil es un tema que domina la actualidad y que ha sido reconocido a nivel mundial como un problema socio-sanitario grave, tanto por el número elevado de casos, como por el impacto que provoca en los propios afectados, sus allegados y, en última instancia, en la sociedad en general (Kovess-Masfety et al., 2011). Las tasas de suicidio entre jóvenes de edades comprendidas entre los 15 a los 19 años están aumentando a un ritmo más rápido que el de la población general (45% vs. 26%) (Griffin et al., 2018).

Cada año, aproximadamente un millón de personas muere en el mundo por suicidio, lo cual supondría aproximadamente una muerte cada 40 segundos (OMS, 2018). No obstante, la relevancia del suicidio como problema de salud global se aprecia más claramente si se analizan los datos epidemiológicos de los diferentes grupos de edad por separado. De esta manera, el suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 44 años, pasando a ser la segunda causa de muerte entre los 10 y los 24 años de edad (INE, 2019).

En este sentido, hay que destacar que sólo están siendo consideradas las muertes por esta causa, dado que, si se tuvieran en cuenta los intentos de suicidio, las cifras de incidencia serían todavía mayores (entre 10 y 20 veces por cada suicidio) (OMS, 2014). Algunos estudios estiman que aproximadamente una cuarta parte de los adolescentes experimentan ideas suicidas durante su vida (Evans, Hawton, Rodham, & Deeks, 2005).

España es uno de los países con las tasas más bajas de suicidio en Europa, sin embargo, en el último tiempo se está produciendo un incremento en comparación con el resto de países en los que las tasas están descendiendo y estabilizándose (Kovess-Masfety et al., 2011). Según el Instituto Nacional de Estadística, los casos de suicidio han aumentado en los últimos años con un total de 3.870 defunciones, de las cuales 2.911 son hombres y 959 mujeres, y con una tasa de 8,3 por cada 100.000 personas. En Catalunya es la primera causa de muerte externa para las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 34 años (INE, 2017).

De forma concreta, el suicidio juvenil se ha convertido en un problema significativo, erigiéndose, después de los tumores, como la principal causa de mortalidad entre la juventud española (de 15 a 34 años) (Anseán, 2014). Algunos estudios indican que la ideación suicida, las autolesiones y los intentos de suicidio son más comunes entre los jóvenes que el propio acto de suicidio (Nock et al., 2008) y afirman que, mientras que la

prevalencia de ideación suicida durante la vida en el periodo de la infancia es muy baja, aumenta lentamente durante la adolescencia temprana y luego exponencialmente entre las edades de 12 a 17 años (Nock et al., 2013).

A lo largo de los años, diferentes investigadores (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, & Bille-Brahe, 2006; O'Carroll et al., 1996; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007a, 2007b), han propuesto diversos términos para conceptualizar este complejo fenómeno definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el acto de quitarse deliberadamente la propia vida (OMS, 1986). En la actualidad, se considera que el suicidio “oscila” a lo largo de un *continuum* de diferente naturaleza y gravedad, que abarca desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y muerte por suicidio) (Klonsky & May, 2014; Klonsky, May, & Saffer, 2016).

En esta misma línea, los niños, niñas y jóvenes que se encuentran bajo la guarda y tutela del sistema de protección y quiénes han sido atendidos por el sistema de justicia juvenil, son unos de los segmentos de la población más afectados por este fenómeno, evidenciándose un alto riesgo de experimentar resultados adversos en todo el *continuum* del suicidio, que van desde la ideación suicida hasta la muerte por suicidio (Evans et al., 2017; Stokes, McCoy, Abram, Byck, & Teplin, 2015). Por ejemplo, Evans et al. (2017), en su estudio de metanálisis, estimaron que la prevalencia de ideación suicida era del 24,7% en niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección infantil en comparación a un 11,4% en las poblaciones comunitarias, mientras que las cifras de intentos de suicidio eran del 3,6% y del 0,8%, respectivamente. Del mismo modo, una revisión sistemática realizada por Stokes et al. (2015) encontró que la ideación y los intentos de suicidio son más frecuentes en los jóvenes implicados en el sistema de justicia juvenil, que presentaron tasas más altas de ideación (19%–32% vs. 15,8%) e intentos de suicidio (12%–15,5% vs. 7,8%) que la población general.

Dada la gravedad de este fenómeno, muchos investigadores han intentado explorar los factores relacionados con la conducta suicida y, entre los hallazgos más evidenciados, se encuentran las experiencias de victimización, definidas como aquellos actos en los que un niño, niña o adolescente es dañado o perjudicado por el comportamiento de otra persona o grupo de personas en contra de las normas morales socialmente establecidas (Finkelhor, 2007). En un destacado metanálisis de 37 estudios, que incluía 253.719 adultos mayores de 18 años, Hughes et al. (2017) encontraron que aquellos que habían vivido cuatro o más eventos adversos en la infancia (incluyendo, maltrato infantil, abuso

sexual) tenían hasta siete veces más riesgo de desarrollar problemas sociales, mentales y físicos (incluyendo suicidio), comparados con aquellos que no habían experimentado ningún evento adverso en su infancia.

La victimización es un problema frecuente en jóvenes de la población general, que se ha constatado en estudios nacionales (Pereda, Guilera, & Abad, 2014) e internacionales (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2009), y en niños, niñas y adolescentes involucrados en el sistema de protección y el sistema de justicia juvenil las tasas de victimización podrían ser hasta tres veces mayores que en muestras comunitarias (Ford, Elhai, Connor, & Frueh, 2010). Estudios con muestras nacionales (Pereda, Abad, & Guilera, 2015) e internacionales (Cyr et al., 2012), así lo demuestran.

Además, con una elevada frecuencia, los niños, niñas y adolescentes están expuestos a más de una forma de victimización y, en algunos casos, han sido expuestos a múltiples tipos de victimización, implicando un elevado riesgo psicosocial, situando al niño, niña o adolescente en una situación de mayor vulnerabilidad en comparación con la población general. Este fenómeno de polivictimización (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007) es más frecuente de lo que inicialmente pudiera parecer y afecta a un gran número de casos. Investigaciones recientes sugieren que las polivíctimas, es decir, aquellos niños, niñas y adolescentes que deben afrontar múltiples formas de violencia, sufren más consecuencias adversas, incluida la conducta suicida, que aquellos que experimentan sólo una forma de victimización (Chan, 2013; Soler, Segura, Kirchner, & Forns, 2013; Turner, Finkelhor, Shattuck, & Hamby, 2012).

Sin embargo, y aunque las experiencias de victimización se consideran factores que precipitan el desarrollo de conducta suicida, no todos los jóvenes que han sido víctimas y están involucrados en estos sistemas manifiestan esta conducta (DuMont, Widom, & Czaja, 2007; Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomás, & Taylor, 2007). Esta diferencia puede atribuirse a otros factores personales o contextuales, como por ejemplo el apoyo social o la relación positiva con la familia, que pueden desempeñar un papel protector y ayudar a superar situaciones adversas, un concepto conocido comúnmente como resiliencia (Gartland, Bond, Olsson, Buzwell, & Sawyer, 2006; Rutter, 2006). Desafortunadamente, la presencia o ausencia de ciertas variables que pueden facilitar o minimizar los efectos negativos de las situaciones adversas vividas son todavía ampliamente desconocidas.

Esta tesis se encuentra dividida conceptualmente en tres partes. La primera parte la componen cuatro primeras secciones referidas a la introducción, justificación de la investigación, objetivos e hipótesis y diseño metodológico. La segunda parte la componen

los resultados de los dos estudios empíricos realizados, y la tercera parte expone la discusión y conclusiones generales, además de las limitaciones y fortalezas de esta investigación. Finalmente se da cuenta de las implicaciones prácticas de este trabajo y futuras líneas de investigación que derivan de éste.

1.1. El Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia y el Sistema de Justicia Juvenil en España y Catalunya

La protección a la infancia y la adolescencia ha sido desde la creación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1989) objetivo prioritario de la comunidad internacional y de los propios Estados que como parte de sus políticas de bienestar han configurado un diseño normativo e institucional que prioriza el interés superior de los niños y las niñas. Así, uno de los propósitos que guió esta Tesis Doctoral fue focalizar los estudios en una población especialmente vulnerable de jóvenes, aquellos que han sufrido múltiples experiencias de victimización, y que interactúan con los sistemas de protección infantil y/o justicia juvenil.

La problemática socio-familiar es el factor determinante de la separación de un menor de edad de su núcleo familiar y se lleva a cabo únicamente cuando sus cuidadores no han sabido o no han podido ejercer sus funciones parentales de forma adecuada. En este contexto, el organismo público responsable de garantizar el cuidado y protección de estos niños o jóvenes en Catalunya es la DGAIA. Sin embargo, el que éstos sean separados de su núcleo familiar y atendidos por la Administración, no siempre tiene relación únicamente con situaciones de malos tratos. En ocasiones, es el joven el que es considerado responsable o presunto responsable de un delito tipificado en el Código Penal y, por lo tanto, pasa a ser atendido por la DGEPCJJ (Mancho, 2012; Pereda, Abad, & Guilera, 2012).

Es relevante destacar que existe una “población oculta” dentro de estos centros, que serían los jóvenes implicados en ambos sistemas. Los sistemas de protección y justicia juvenil, desde la creación de los tribunales de menores, han estado separados y persiguen distintos objetivos, aunque en la práctica, a menudo, sus límites son muy difusos y frecuentemente sirven a jóvenes similares. Esta separación, si bien tiene beneficios, a su vez, ha significado que los jóvenes pueden caer en grietas entre los sistemas, ninguno cubra plenamente sus necesidades y terminen con expediente en

ambos. En el contexto internacional, son varios los términos que se usan para hacer referencia a los jóvenes implicados en los sistemas de protección y justicia juvenil (como *crossover youth*, *dually involved youth*, *dually-status youth*, y *dually-adjudicated youth*) (Randall, 2015) y, debido a la naturaleza relativamente reciente en el estudio de este colectivo, existe una ambigüedad en la comunidad científica sobre cuál es el término más adecuado (Herz Herz, Ryan, & Bilchik, 2010), dependiendo del nivel de contacto que los jóvenes tengan con ambos sistemas. Algunos estudios llevados a cabo señalan que tanto la victimización como la participación en el sistema de protección se relacionan con un alto riesgo de desarrollar problemas de salud mental, conductas de trasgresión de normas y derivar en actividades delictivas, que acaban con el ingreso de estos jóvenes en el sistema judicial (Bender, 2010; Cutuli et al., 2016). A su vez, se ha señalado que, más que directamente las experiencias tempranas de victimización, es la consecuente intervención del sistema de protección la que se asocia directamente con el ingreso de estos jóvenes a justicia juvenil y a la reincidencia en el sistema (Baglivio et al., 2016).

La Convención Internacional de los Derechos del Niño (ONU, 1989) así como la Directiva 2016/800 (Unión Europea), relativa a las garantías procesales de los niños, niñas o adolescentes sospechosos o acusados en los procesos penales, entre otras, son normas destinadas a establecer las bases, directrices y principios por las que los Estados deben perfilar su actuación en pos de la salvaguarda de los derechos de los niños y niñas víctimas de maltrato, abandono, desprotección en general, así como aquellos que entran en conflicto con la ley penal, los cuales por su condición de menores de edad llevan un tratamiento diverso al de la justicia para adultos.

Sobre esta base se realizará una breve panorámica de la regulación normativa, el funcionamiento y composición en España y Catalunya específicamente, del sistema de protección de la infancia y la adolescencia, así como del sistema de justicia juvenil.

1.1.1 El sistema de protección a la infancia y la adolescencia en España y Catalunya

Atendiendo al marco normativo español que protege la infancia y la adolescencia, se debe partir desde la Constitución de 1978 donde se recoge la protección a la infancia y a la familia en el art. 39¹, el Código Civil, el Código Penal y, de manera más específica, la Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (número 13, de 17 de enero) en la que se establecen los derechos que éstos poseen así como los principios que rigen todas las actuaciones vinculadas al niño, niña o adolescente (Casas & Montserrat, 2002).

La Ley de protección jurídica de niños, niñas y adolescentes de 1996 definió los derechos básicos del niño. Esta legislación abarcaba la Convención de los Derechos del Niño (ONU, 1989)² y estipulaba que los derechos de los niños deberían ser tomados en cuenta en todas las acciones que involucren a menores de edad, especialmente en la administración pública (Vidal Casero, 2002).

La mencionada ley hace igual referencia a las actuaciones en situación de desprotección social del niño o niña, remitiendo a los poderes públicos la responsabilidad de intervenir ante el riesgo de desamparo o falta de cuidados, estableciendo su competencia para conocer sobre los asuntos de esta naturaleza y tomar las medidas pertinentes en función del bienestar del niño o niña en esta situación (Bravo & Del Valle, 2009).

Sobre la base de esa legitimación, las Comunidades Autónomas han establecido, atendiendo a sus características propias, un diseño normativo y administrativo destinado a implementar los principios establecidos en las normas estatales en materia de protección a la infancia y la adolescencia.

Particularmente en Catalunya, es la DGAIA³, quien se encarga de esta área. Esta dirección forma parte del Departamento de Bienestar Social y Familia de Catalunya,

¹ El art. 39 de la Constitución Española de 1978 hace referencia a que los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia así como la protección integral de los hijos. También recalca la debida asistencia de los padres a los hijos de dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad así como se menciona la protección de los menores prevista en los acuerdos internacionales.

² La Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, ratificada por España y publicada en el Boletín Oficial del Estado, 31 de diciembre de 1990, núm. 313, p. 38897.

³ Más información está disponible en http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organisme_txa.jsp?codi=5157 y http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/el_departament/funcions_i_estructura/organismes/secretaria_dinfancia_i_adolescencia/.

siendo su prioridad asistir y proteger a los niños, niñas y adolescentes en riesgo social o que han sido víctimas de malos tratos, abusos o negligencia familiar. La regulación normativa del sistema de protección de la infancia y la adolescencia en Catalunya se concentra en la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.

Según esta norma, ante la ocurrencia o sospecha de una situación de maltrato, de desamparo o de riesgo se establecen diversas vías para denunciar ya sea por parte de familiares, vecinos o los propios menores de edad. El sistema engloba un colectivo de profesionales e instituciones como pueden ser profesionales de centros escolares, de centros hospitalarios, equipos de atención psicopedagógica, centros de atención primaria, policía local, entre otros (Síndic de Greuges de Catalunya, 2014).

En dependencia de la valoración del caso, se pueden seguir dos circuitos, el ordinario o el específico por situaciones de urgencia. En el caso del primero interviene el Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA) del territorio y, en dependencia de si se considera que el niño o niña debe ser separado o no de su núcleo familiar, se establece la medida más adecuada por la DGAIA. En el caso del segundo circuito, se trata de la atención a situaciones insostenibles y de riesgo grave o muy grave que pueden requerir la separación urgente e inmediata del entorno familiar, porque se encuentra en peligro la vida o la integridad física o psíquica del niño, niña o adolescente (Síndic de Greuges de Catalunya, 2009).

Las medidas de protección que se adoptan en función de cada caso concreto y de la gravedad de los mismos pueden ser desde la atención al mismo núcleo familiar, la acogida en la familia extensa, en una familia ajena o bien el ingreso en un centro residencial.

Los centros de protección para los niños, niñas y adolescentes desamparados, o centros de acogida, los centros residenciales de acción educativa (CRAE) y los centros residenciales de educación intensiva (CREI), se deciden en función del tipo de caso y la edad del niño, niña o adolescente. Éstos intervienen en diversos momentos del proceso y tienen como objetivo dar respuesta educativa y asistencial a estos niños, niñas y jóvenes (Generalitat de Catalunya, 2019).

1.1.2. El sistema de justicia juvenil en España y Catalunya

El sistema de justicia juvenil español es aquel que se establece para exigir responsabilidad de personas mayores de catorce años y menores de dieciocho por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las leyes penales especiales. El mismo se articula en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores y su reglamento, el Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio.

Comprende un marco flexible en el que los Juzgados de Menores determinan, partiendo del principio de interés superior del niño, las medidas aplicables a los menores infractores. Juegan un papel importante el Ministerio Fiscal, en su doble condición de institución que, constitucionalmente, tiene encomendada la función de promover la acción de la Justicia y la defensa de la legalidad, así como de los derechos de los niños, niñas y adolescentes velando por el interés de éstos, y el Equipo Técnico como instrumento imprescindible para alcanzar el objetivo que persiguen las medidas (Tamarit Sumalla, 2012).

Se establece un procedimiento de naturaleza sancionadora-educativa, al que otorga todas las garantías derivadas del ordenamiento constitucional y se tienen especialmente en cuenta las competencias de las Comunidades Autónomas en esta materia.

La Justicia Juvenil en Catalunya es un servicio público integrado en la estructura de la Generalitat de Catalunya que se ocupa de gestionar la problemática individual y social propia de la delincuencia juvenil. Tiene como principal tarea evitar la continuidad de la carrera delictiva en niños, niñas y jóvenes que, mayoritariamente de forma puntual, se comportan de forma antisocial (Cano & Andrés Pueyo, 2012).

La normativa que lo regula es la Ley 27/2001, de 31 de diciembre, de justicia juvenil y el Decreto 48/2006, de 28 de marzo, por el que se determinan los órganos unipersonales superiores de los centros de justicia juvenil.

A nivel organizativo y funcional, la DGEPCJJ es la encargada de potenciar, implementar y ejecutar las medidas de ejecución penal que pueden ser tanto privativas de libertad como no privativas, así como emitir los informes pertinentes a los órganos judiciales y organizar los programas de mediación (DGEPCJJ, n.d.). La DGEPCJJ está adscrita al Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya.

Según Cano y Andrés-Pueyo (2012) para organizar, gestionar y prestar los servicios asignados cuenta con la siguiente estructura y servicios-áreas:

1. Servicio de Mediación y Asesoramiento Técnico (SMAT) que asesora a la instancia judicial a través de los programa de asesoramiento técnico, de asesoramiento sobre medidas cautelares y de mediación y reparación.
2. Área de Medio Abierto, en la que los Equipos de Medio Abierto (EMO) realizan el seguimiento de la medida no privativa de libertad impuesta al joven condenado e inciden en su proceso de socialización, mediante una intervención individualizada en el entorno propio.
3. Servicio de Centros Educativos, en los que se configuran programas de internamiento destinados a cumplir la ejecución de medidas privativas de libertad dictadas por el juez de menores y que pueden ejecutarse en régimen abierto, semiabierto, cerrado, internamiento terapéutico y permanencia de fin de semana.

En Catalunya actualmente existen siete centros educativos de internamiento: Els Til·lers, L'Alzina, Montilivi, Folch i Torres, El Segre, Oriol Badia y Can Llupià, formados por educadores, maestros, trabajadores sociales y psicólogos en los que se desarrollan diversos programas generales (competencia psicosocial, hábitos básicos y habilidades domésticas, educación para la salud, tutoría, refuerzo en el entorno familiar, cultura, ocio, educación física y deporte, educación para la diversidad) o de actuación especializada (drogodependencias y otras adicciones, problemáticas de salud mental, delitos sexuales y delitos violentos) (DGEPCJJ, n.d.).

1.2. Victimización y polivictimización

1.2.1. Conceptualización de la victimización y la polivictimización

La violencia interpersonal es un grave problema de salud pública y social (OMS, 2013), que ocasiona un malestar significativo en los niños, niñas y adolescentes, generando además elevados costes a nivel económico y social. Desde el punto de vista de las ciencias sociales, y en particular de la victimología del desarrollo, se entiende por victimización interpersonal el daño o perjuicio causado a una persona por el comportamiento contrario a las normas sociales de otra persona o grupo de personas (Finkelhor, 2007). Tiene la particularidad de ser practicado por otro ser humano, lo que potencia su efecto negativo, y se distingue de otros eventos traumáticos que ocurren de modo casual, tales como accidentes, desastres naturales, enfermedades o muerte de un ser querido (Finkelhor, 2011).

Es esencial resaltar la importancia de emplear el término victimización cuando se estudia la violencia contra los niños. La victimización es más precisa que otros términos, como el maltrato, ya que abarca muchos tipos de violencia hacia los niños y niñas que a veces pasan inadvertidos debido a la falta de conciencia social o la aceptación social de la violencia como método disciplinario. Por lo tanto, en esta investigación se trabajará desde la perspectiva de la victimología del desarrollo, propuesta por David Finkelhor (2007), que ofrece una visión integral del fenómeno de la victimización en los niños, niñas y adolescentes.

La literatura especializada indica que los niños, niñas y adolescentes sufren las mismas formas de victimización que los adultos, sin embargo, también pueden estar expuestos a otras victimizaciones, que serían exclusivas de la etapa del desarrollo en la que se encuentran (Finkelhor & Hashima, 2001). Su mayor vulnerabilidad y menor autonomía que los caracteriza, por depender total o parcialmente de un cuidador, los pone en un riesgo mayor, ya sea dentro de la familia o de la sociedad en general (Finkelhor & Kendall-Tackett, 1997). Investigaciones en países europeos muestran que un gran número de niños, niñas y adolescentes en la población general sufren victimización, especialmente en forma de violencia cometida por miembros de la familia (véase por ejemplo, Ellonen & Salmi, 2011 en Finlandia; o Radford, Corral, Bradley, & Fisher, 2013 en el Reino Unido). Particularmente en España, se cuenta con diversos trabajos sobre victimización infantil llevados a cabo a nivel nacional y en diferentes comunidades autónomas (véase por ejemplo, De Paúl & Arruabarrena, 1995 en el País Vasco; Játiva &

Cerezo, 2014 en Valencia; Pereda et al., 2014; Soler, Paretilla, Kirchner, & Forns, 2012 en Catalunya).

Sin embargo, la mayoría de los estudios se centra en un único tipo de victimización, fragmentándose la investigación en el campo de la victimología del desarrollo, e impidiendo considerar los graves casos de polivictimización, o acumulación de diferentes tipos de victimización en la vida de un niño o niña, y las consecuencias de esta experiencia a lo largo de su desarrollo (Finkelhor, Shattuck, Turner, Ormrod, & Hamby, 2011). Se debe tener en cuenta que las experiencias de victimización que sufre la población infanto-juvenil no suelen ser eventos aislados, sino que, para muchos de ellos, suponen una condición de vida, configurándose en polivíctimas que deberán afrontar distintas victimizaciones por parte de victimarios múltiples, en diferentes contextos a lo largo de su desarrollo (Finkelhor, 2007).

Polivictimización es un concepto acuñado por Finkelhor, Ormrod, Turner, y Hamby (2005a) para referirse a este proceso de experimentar más de un tipo de victimización. Los autores se basan en el modelo de riesgo acumulativo, según el cual múltiples experiencias adversas a lo largo de la vida se acumulan, aumentando el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos. El concepto de polivictimización también alude a la experimentación de diferentes tipos de violencia, lo que es diferente a haber vivido múltiples episodios de un sólo tipo de victimización, por lo cual, niños, niñas y adolescentes deben afrontar delitos comunes (hurtos, robos, amenazas), violencia por parte de sus iguales (acoso escolar, violencia en las relaciones de noviazgo), victimización sexual (abusos y agresiones sexuales), victimización electrónica (online grooming, ciberbullying) y victimización por cuidadores (violencia física y emocional, negligencia) (Hamby & Grych, 2013), como se puede observar en la figura 1.

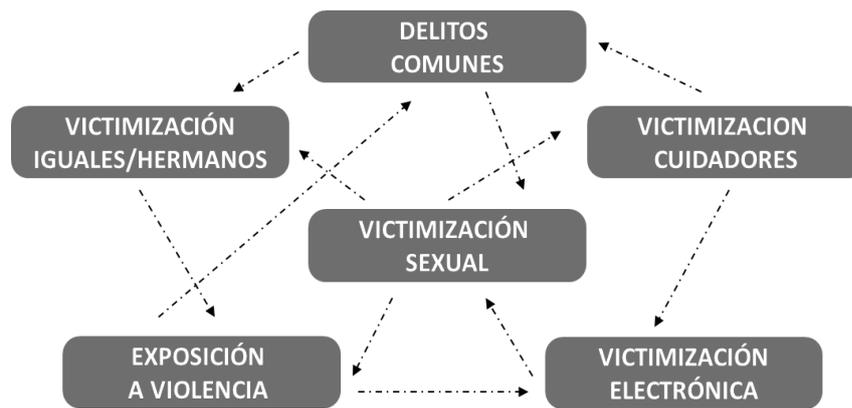


Figura 1. Estudio comprensivo de la victimización infanto-juvenil adaptado de Finkelhor (2007); Pereda et al (2012).

Numerosas investigaciones han analizado la epidemiología de la polivictimización en muestras comunitarias de niños, niñas y adolescentes, encontrando un alto porcentaje de prevalencia a lo largo de la vida. Algunos de estos estudios han informado que la mayoría de los adolescentes experimentan uno o más tipos de violencia interpersonal a través de su vida. En Europa, se han obtenido porcentajes del 83% en España (Pereda et al., 2014), 84,1% en Suecia (Aho, Gren-Landell, & Svedin, 2014) y el 83,7% en el Reino Unido (Radford, Corral, Bradley, & Fisher, 2013). En Norteamérica, los porcentajes se sitúan en un 79,6% en los Estados Unidos (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2009) y un 83,5% (Cyr et al., 2013) en Canadá; mientras que en Sudamérica, se ha encontrado un 89,0% en Chile (Pinto-Cortez, Pereda, & Álvarez-Lister, 2017). En Asia, se han obtenidos porcentajes de victimización infantojuvenil de un 52,9% en Israel (Lev-Wiesel, Eisikovits, First, Gottfried, & Mehlhausen, 2018), y un 94,3% en Vietnam (Le, Holton, Ngu- yen, Wolfe, & Fisher, 2015), en tanto, que en Pakistan se evidenció que los niños eran más propensos a ser víctimas de delitos comunes, mientras que las niñas estaban más expuestas a la victimización sexual (Aziz & Dawood, 2015). En África, los estudios se han focalizado en Sudáfrica, con porcentajes de entre el 90% (Collings, Penning, & Valjee, 2014) y el 93,1% (Kaminer, du Plessis, Hardy, & Benjamin, 2013).

Este estudio utiliza el *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ, Finkelhor, Hamby, Ormrod, & Turner, 2005) con el objetivo de responder a la necesidad de identificar efectivamente a los niños, niñas y adolescentes en riesgo de convertirse en polivíctimas. Los autores crearon este instrumento basándose en los principios de la victimología del desarrollo y, por tanto, han incluido un amplio rango de victimizaciones

con la intención de identificar los casos de victimización múltiple y brindar una descripción completa del perfil victimológico del menor de edad. Este instrumento está siendo ampliamente empleado para la investigación en victimización infanto-juvenil y es el que se ha utilizado en los estudios incluidos en esta Tesis Doctoral.

1.2.2. La investigación sobre victimización y polivictimización en el sistema de protección y justicia juvenil

En comparación con los resultados obtenidos en estudios con muestras comunitarias de adolescentes, cuando se analizan muestras de riesgo, como son los niños, niñas y adolescentes atendidos por el sistema de protección, y los jóvenes implicados en justicia juvenil, se evidencian porcentajes más elevados de victimización (Cyr et al., 2012; Ford et al., 2010; Ford, Grasso, Hawke, & Chapman, 2013).

En el ámbito de protección, destaca el estudio de Cyr et al. (2012), quienes estudiaron a 220 menores de edad (entre 2 y 17 años) de tres centros de acogida, y encontraron que el 90% de ellos había experimentado al menos un tipo de victimización durante el pasado año y la polivictimización alcanzó al 54% de la muestra. Otra investigación desarrollada en Noruega a nivel nacional (Greger, Myhre, Lydersen, & Jozefiak, 2015) examinó la experiencia previa de malos tratos, polivictimización y psicopatología en 335 adolescentes y adultos jóvenes (entre 12 y 23 años) que residían en centros de protección, y evidenció que el 71% reportó alguna experiencia de malos tratos. La polivictimización fue considerada como variable dimensional (entre 0 a 4 tipos de victimización) y estaba compuesta por: ser testigo de victimización, ser víctima de violencia familiar, ser víctima de abuso sexual y el grado de disfunción familiar.

Particularmente en España, destacan los estudios de De Paúl, Arruabarrena, Torres, y Muñoz (1995) en el País Vasco y los de Carrasco-Ortiz et al. (2001a; 2001b) en Sevilla, que han puesto en la palestra la relación entre ciertos tipos de malos tratos en niños en centros de protección y su estado psicológico. Posteriormente, Segura, Pereda, Abad, y Guilera (2015) estudiaron una muestra de 129 jóvenes (entre 12 y 17 años) de 18 centros residenciales del sistema de protección. La totalidad de la muestra informó de al menos un tipo de victimización durante su vida y el 53,1% fueron polivíctimas.

En cuanto a los jóvenes involucrados en el sistema de justicia juvenil, la mayoría han estado expuestos a diferentes formas de victimización y presentan un alto riesgo de problemas emocionales y de comportamiento. Estudios previos con muestras nacionales

(Pereda et al., 2015) e internacionales (Croysdale, Drerup, Bewsey, & Hofmann, 2008), muestran altas tasas de victimización en este colectivo, con estimaciones que podrían ser hasta tres veces mayores que en muestras de la comunidad (Ford et al., 2010). De especial interés es el estudio realizado por Ford et al. (2013) en los Estados Unidos, quienes analizaron 19 tipos de eventos traumáticos (13 eran victimizaciones interpersonales) en una muestra de 1.959 adolescentes recién ingresados en centros de detención de menores de edad en el estado de Connecticut, a través de un análisis de clases latentes y en el que clasificaron como polivíctimas al 5% de su muestra. En España, Pereda et al. (2015), con una muestra de 101 adolescentes infractores, encontraron que el 65,3% de los jóvenes había experimentado nueve o más tipos de victimización a lo largo de su vida, y el 93,9% de ellos, cuatro o más tipos. En un estudio posterior, Álvarez-Lister et al. (2016) identificaron tres perfiles de polivíctimas en una muestra de infractores: polivictimización baja, moderada, y los de nivel alto de polivictimización, y en conjunto representaron casi dos tercios de la muestra de los jóvenes. Las investigadoras evidenciaron que si bien no hay indicios que muestren un perfil sociodemográfico diferenciado en las polivíctimas, éstas son más propensas a presentar algún tipo de victimización en los módulos de victimización por cuidadores, victimización por pares y hermanos, victimización sexual y victimización electrónica. Además, constataron que la probabilidad de presentar sintomatología psicopatológica externalizante y de malestar general a nivel clínico es tres veces superior para las polivíctimas en comparación con los jóvenes no polivíctimas.

Recientemente los investigadores han examinado no sólo la prevalencia de polivictimización, sino también las subpoblaciones o clases de polivíctimas. Por ejemplo, Kretschmar, Tossone, Butcher, y Flannery (2017), en un estudio internacional realizado en los Estados Unidos, incorporaron a jóvenes involucrados en uno o ambos sistemas de justicia juvenil y de protección infantil ($n = 467$), pero no exclusivo de estos sistemas, dado que también incorporaron a muestras provenientes de centros de salud pública. Se empleó un análisis de clase latente para examinar los patrones de polivictimización. Los resultados indicaron que el 96% de la muestra informó haber sufrido algún tipo de exposición a la violencia el año pasado. Surgieron tres clases de polivíctimas: baja victimización, agresión física y entre iguales, y alta exposición a la violencia.

No obstante, y a pesar de la evidente aportación sobre la necesidad de evaluar múltiples tipos de victimización, la investigación en polivictimización en grupos vulnerables es aún relativamente reciente y específicamente del ámbito internacional, dado que en su mayoría se centra en población general.

1.3. Suicidio como concepto y como *continuum*

El suicidio es un fenómeno universal, presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, la actitud hacia la conducta suicida ha cambiado en función de los principios religiosos, filosóficos y científicos que imperaban en las distintas sociedades y culturas (Jiménez Treviño, 2003). Por ejemplo, en la Grecia Clásica, el suicidio estaba considerado como algo indigno y vergonzoso, de hecho, en cierta manera, era perseguido. Con la expansión de las escuelas filosóficas se produjo un cambio social y cultural, de manera que, para los estoicos, la muerte voluntaria se inscribía en el problema de la libertad humana. Incluso varios filósofos como, por ejemplo, Sócrates, recurrieron a la muerte por suicidio (Jiménez Treviño, 2003), en cambio, otros pensadores se posicionaban en contra de este acto, como es el caso de Platón y Aristóteles.

Durante el Imperio Romano, el suicidio era contemplado según motivos específicos que estaban previamente determinados, como por ejemplo el trastorno mental. Se instituyeron tribunales que, tras escuchar las razones de los solicitantes, autorizaban o no la muerte por suicidio, e incluso existían lugares públicos destinados para la consumación del acto. Pero, en general, la cultura romana consideraba el suicidio como un acto condenable, negaba la sepultura a los que se suicidaban sin un motivo justificado, destruyendo su testamento y confiscando sus bienes (MacDonald, 2001). Del mismo modo, en la Edad Media, el suicidio fue rechazado e incluso había legislaciones que ordenaban la confiscación de los bienes o propiedades de la persona muerta (MacDonald, 2001).

Así, el estudio de este fenómeno se torna más activo desde el ámbito psicosocial y médico a finales del siglo XIX y, sobre todo, en el siglo XX, producto del aumento en los índices de suicidios a nivel mundial, estimulando así el interés de varios investigadores provenientes de diferentes disciplinas, tales como, la psicología (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985), el psicoanálisis (Freud, 1922; Menninger, 1938), la sociología (Durkheim, 1951) y la biología (Linnoila & Virkkunen, 1992). Entre éstos se puede citar, en el modelo sociológico, a Émile Durkheim (1951), por su gran influencia en el área. Este autor tiene una visión del suicidio marcadamente sociológica, admite que los suicidios son fenómenos individuales, pero argumenta que están provocados por causas esencialmente sociales. En consecuencia, de acuerdo a Durkheim, las tendencias a la conducta suicida no se inician en el individuo, sino desde la sociedad a la que pertenece, y, por ello, la amplia variabilidad en las tasas de suicidio en el mundo.

De los modelos psicológicos, un autor que destaca por sus importantes aportaciones al estudio y prevención del suicidio es Edwin Shneidman (1998), considerado el padre de la Suicidología -en inglés- *Suicidology*. De hecho, fue él quien acuñó este último término. Como psicólogo, defendió para la psicología la investigación de la conducta suicida, en su consideración de crisis psicológica, sin dejar de reconocer que este fenómeno trascendía al ámbito psicológico, médico y social. Si bien es cierto que se desarrolla un importante esfuerzo teórico, la mayoría de estos planteamientos contaban con escaso respaldo empírico.

Con respecto a su conceptualización, etimológicamente, la palabra suicidio proviene del latín *sui*, que significa sí mismo, y *caedere* matar, es decir, matarse a sí mismo. El término suicidio fue creado por Pierre Francois Guyot Desfontaines (1685 – 1745), para designar la acción mediante la cual una persona se quita voluntariamente la vida (Anseán, 2014). Por otra parte, Kreitman, Philip, Greer, y Bagley (1969) propusieron el término parasuicidio para designar toda conducta autolesiva no mortal, que hace referencia a todas aquellas conductas que no tienen como resultado un desenlace fatal, con independencia de su intencionalidad.

En 1986, la OMS definió el suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y llevado a cabo por la persona, sabiendo o deseando su resultado mortal y a través del cual pretende obtener los cambios que desea. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2003) delimita el suicidio como la muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía la intención de morir y, en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), en los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor se incluyen dos categorías para reflejar con mayor exactitud la ideación suicida: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida (APA, 2014).

En la década de los 80, el Centro para el Control de Enfermedades (*Center for Disease Control*, CDC) reunió a un amplio grupo de profesionales de diversas disciplinas con el objetivo de identificar criterios homogéneos para la definición de suicidio, como resultado se obtuvo la creación de los “Criterios Operativos para la Determinación del Suicidio” (en inglés, *Operational Criteria for the Determination of Suicide*, OCDS) (Rosenberg et al., 1988). Este grupo de investigadores definieron que el suicidio sería la defunción debido a un acto autoinfligido a sí mismo con la intención de suicidarse. Tienen en cuenta básicamente tres criterios: muerte por daño, conducta contra uno mismo y la intencionalidad (Barter, 1990).

Es importante resaltar la contribución de diferentes autores que, posteriormente, han buscado realizar definiciones operativas que permitan una mayor claridad en el concepto de suicidio. Así, Marušič (2004) señaló que mediante la aplicación de los criterios operativos OCDS de “intención, acto autolesivo y la muerte” debería ser posible formular una nomenclatura para todo tipo de conducta suicida: suicidios consumados, intentos autolíticos, ideación suicida y eutanasia.

La clasificación operativa quizás más completa sobre el suicidio es la de O’Carroll et al. (1996), quienes propusieron una nomenclatura sobre conducta suicida, denominada “Torre de Babel”, partiendo de la diferenciación entre conductas instrumentales (aquellas en las que no hay intencionalidad suicida, independientemente de la lesión producida) y los actos suicidas (donde sí existe esa intencionalidad). Establecieron dos grupos: a) las conductas instrumentales relacionadas con el suicidio (con/sin lesiones, con muerte); b) actos suicidas: intento de suicidio (con/sin lesiones) y suicidio (ver Tabla 1).

Tabla 1. *La conducta relacionada con el suicidio (O’Carroll et al., 1996).*

TERMINOLOGÍA			Intención de morir	Instrumentalización	RESULTADO		
					Sin lesiones	Lesiones	Muerte
Conducta relacionada con el suicidio	Conducta instrumentalizadora	Conducta instrumentalizadora relacionada con suicidio					
		<i>Sin lesiones</i>	No	Si	x		
		<i>Con lesiones</i>	No	Si		x	
	Actos suicidas	Muerte	No	Si			x
		Intento de suicidio					
		<i>Sin lesiones</i>	Si	+/-	x		
		<i>Con lesiones</i>	Si	+/-		x	
	Suicidio consumado	Si	+/-			x	

Posteriormente, Silverman, Berman, Sanddal, O’Carroll, y Joiner (2007a, 2007b), ampliaron y reorganizaron la nomenclatura propuesta por O’Carroll et al. (1996), proponiendo una clasificación propia de la conducta suicida organizadas a través de tres grupos: conductas relacionadas con la ideación suicida, conductas relacionadas con la comunicación suicida y conductas relacionadas con el suicidio. Estos autores definen las conductas relacionadas con el suicidio como una conducta autoinfligida lesiva o potencialmente dañina donde existe evidencia de que: 1) la persona deseaba aparentar que se iba a matar para conseguir otro objetivo o 2) la persona intentaba en algún grado

matarse. La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Por lo cual, se considera conducta suicida: la autolesión/gesto suicida, la conducta suicida no determinada (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad), el intento de suicidio y el suicidio. A partir del cruce de la conducta suicida con el grado de intencionalidad suicida, se establecen hasta 13 tipos de conductas, que bien podrían servir de orientación para una clasificación diagnóstica, y que suponen quizás la nomenclatura que mayor consenso ha generado (ver Tabla 2).

Tabla 2. *Clasificación de la conducta suicida según Silverman et al. (2007a, 2007b).*

Ideación suicida	1. Sin intencionalidad suicida 2. Con grado indeterminado de intencionalidad 3. Con alguna intencionalidad suicida	1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
Comunicación suicida	a. Sin intencionalidad suicida: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida, tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (plan suicida, tipo I) b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida, tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (plan suicida, tipo II) c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida, tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (plan suicida, tipo III)	
Conducta suicida	a. Sin intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (autolesión, tipo I) 2. Con lesiones (autolesión, tipo II) 3. Con resultado fatal (muerte autoinfligida no intencionada) b. Con grado indeterminado de intencionalidad - Sin lesiones (conducta suicida no determinada, tipo I) - Con lesiones (conducta suicida no determinada, tipo II) - Con resultado fatal (muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada) c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (intento de suicidio, tipo I) 2. Con lesiones (intento de suicidio, tipo II) 3. Con resultado fatal (suicidio consumado)	

Clasificación adicional para comunicación y conducta suicida:

- Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación)
- Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control)

– Foco mixto

Fuente: Traducido por Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), a partir de Silverman et al. (2007a, 2007b).

De las definiciones más contemporáneas de la conducta suicida, una reciente revisión sistemática (Goodfellow, Kølves, & De Leo, 2018), incorporó 29 estudios publicados entre 1964 y 2016, que involucran cuatro características claves que parecen cubrir la gran mayoría de los conceptos que sustentan las definiciones existentes de suicidio y conducta suicida en el ámbito investigativo. Éstas son: acción (autoinfligida), conocimiento de un posible resultado fatal, intención (de morir u otro) y resultado (muerte, lesión u otro). De los principales hallazgos de esta revisión, se evidencia que el conocimiento de un resultado potencialmente fatal se usa más consensualmente en la definición de suicidio, aunque no universalmente. Por lo cual, un aspecto clave de la conducta suicida es su intencionalidad. En la tabla 3 se presentan en detalle las principales definiciones sobre suicidio encontradas por la mencionada revisión (Goodfellow, Kølves, & De Leo, 2018).

Tabla 3. Selección de las principales definiciones sobre suicidio.

Autor/año	Definición
Beck et al. (1973)	Un suicidio completo se refiere a un acto voluntario, autoinfligido, que amenaza la vida y que ha resultado con la muerte de la persona.
Shneidman (1985)	Acto de aniquilación autoinducida, mejor entendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que define un problema por el cual el suicidio se percibe como la mejor solución.
O'Carroll et al. (1996; 1998)	Muerte por lesión, envenenamiento o asfixia donde haya evidencia (ya sea explícita o implícita) de que la lesión fue autoinfligida y la persona tuvo la intención de suicidarse.
De Leo et al. (2004; 2006)	El suicidio es un acto con un resultado fatal, que el fallecido, conociendo o esperando un resultado potencialmente fatal, ha iniciado y llevado a cabo con el propósito de provocar los cambios deseados.
Silverman et al. (2007)	Suicidio es una muerte autoinfligida con evidencia (explícita o implícita) de la intención de morir.
Hill (2011)	Una persona se suicida realizando un acto por sí mismo y sólo si una persona tiene la intención de que él o ella se suicide al realizar este acto (bajo la descripción "Me mato"), y esta intención es completamente satisfecha.

Fuente: Traducido y adaptado de Goodfellow, Kølves, & De Leo (2018).

A partir del desarrollo de las investigaciones, el suicidio ha dejado de calificarse como un acto y forma parte de un todo más amplio y complejo, considerándose la conducta suicida como parte de un continuo, que va desde aspectos cognitivos, como la ideación suicida y planificación, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio (ver Figura 2).

Si se habla de ideación suicida, ésta hace referencia a los pensamientos sobre la participación en comportamientos destinados a dar termino a la vida, variando desde pensamientos fugaces sobre la muerte hasta ideas más amplias y planes para la ejecución del suicidio (Vander Stoep, McCauley, Flynn, & Stone, 2009).

Al respecto, se puede definir como intento de suicidio, el provocar(se) daño de forma deliberada a uno mismo y con -al menos- alguna intención de morir, llegando a la conclusión que una muerte por suicidio es un intento por suicidio letal.

En cuanto a las conductas autolesivas, la APA (2014) realiza una diferenciación entre: a) intento de suicidio: conducta autolesiva con un resultado no letal acompañado de la evidencia (tanto explícita como implícita) de que la persona tenía la intención de morir; b) intento de suicidio abortado: conducta potencialmente autolesiva con la evidencia (tanto explícita como implícita) de que la persona tenía la intención de morir pero detuvo el intento antes de que el daño físico tuviese lugar; y c) autolesión deliberada: acto doloroso, destructivo o perjudicial intencionado y autoinfligido sin la intención de morir.

Como se ha podido constatar, por lo tanto, la terminología en el ámbito suicidológico ha evolucionado desde una definición general del suicidio, a una descripción de un proceso, considerado un *continuum* o gradación secuencial que iría desde la ideación en sus diferentes expresiones (i.e., amenazas, gestos, intentos) hasta la muerte por suicidio. Por ello, en vez de hablar de suicidio, es más adecuado referirnos a esta constelación de comportamientos como conducta suicida, cuyos significados y motivaciones pueden variar según edad, etnia, sexo, entre otras muchas variables que se desarrollan en los diferentes modelos explicativos de la conducta suicida y que se exponen más adelante.

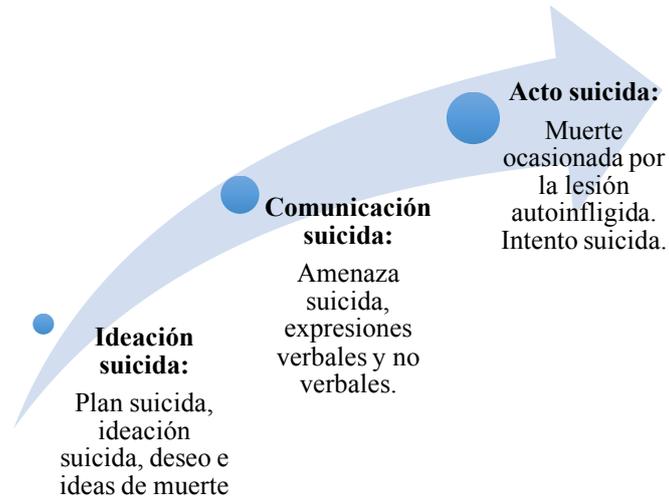


Figura 2. Expresiones, según su naturaleza, de la conducta suicida, adaptado de Anseán (2014).

1.3.1. Teorías contemporáneas de la conducta suicida

En la literatura científica, se han propuesto diferentes modelos explicativos para comprender la etiología de la conducta suicida. Estos modelos tienen como eje central la relación entre disfunciones neuroquímicas y determinadas áreas patológicas. Por citar algunos ejemplos, se encuentra el modelo de fuerzas contrabalanceadas de la conducta suicida y violenta (Plutchik, Van Praag, & Conte, 1989) y el modelo clínico-bioquímico de cuatro vías (Fawcett, Busch, Jacobs, Kravitz, & Fogg, 1997). No obstante, el modelo diátesis-estrés de Mann, Wateraux, Haas, y Malone (1999) es, probablemente, el modelo más propuesto para explicar el amplio rango de factores que contribuyen a la ocurrencia de la conducta suicida. Aunque se desconoce el rol que cumple cada uno de ellos por separado y las interacciones que puedan establecer entre sí, hay cierto consenso en la comunidad científica sobre que la predisposición biológica (por ejemplo, disfunción serotoninérgica), variables de personalidad (por ejemplo, la impulsividad) y cognitivas (por ejemplo, problemas de resolución de problemas sociales), combinadas con la exposición a eventos adversos en la infancia (en inglés, *Adverse Childhood Experiences*, ACE) y psicopatología, aumentan el riesgo de conducta suicida (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Así, la diátesis se refiere a una mayor vulnerabilidad a la conducta suicida a largo plazo como consecuencia de los niveles críticos de estrés en la vida temprana que conducen a una regulación inadecuada del estrés en la etapa adulta (Pelkonen, Karlsson, & Marttunen, 2011). Posteriormente, se han realizado diversas

actualizaciones del modelo centradas en el estudio de la aplicación del mismo en programas de prevención del suicidio y en la profundización de la vulnerabilidad familiar en la transmisión de la conducta suicida.

Dentro de las aportaciones teóricas actuales de la conducta suicida, por un lado, se encuentra el enfoque establecido por Thomas Joiner (2005), a través de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (*Interpersonal Theory of Suicide*), con el cual da origen al reciente enfoque teórico, denominado “desde la ideación a la acción” y que postula que el desarrollo de la ideación suicida y la progresión de esta ideación a los intentos de suicidio deberían ser vistos como procesos diferentes, con diferentes predictores y explicaciones.

Este autor plantea tres elementos que explican la aparición de la voluntad de morir: 1) falta de sentido de pertenencia/alienación social, basado en las dificultades para conectar con los demás, 2) la sensación de ser una carga para los otros y 3) la capacidad para llevar a cabo su deseo de morir (Joiner, 2005).

La teoría psicológica interpersonal del suicidio señala que no es suficiente con que la persona experimente el deseo de morir mediante la combinación de los dos primeros elementos mencionados (es decir, baja pertenencia y sensación de carga para otros), sino que además es necesario que exista un proceso que sea tan fuerte que posibilite a la persona ir en contra del instinto de conservación, es decir, esta teoría sugiere que el ser humano, biológicamente, no está preparado para cooperar con su propia muerte de forma temprana (Joiner, 2005). Así, quienes han vivenciado en varias ocasiones conflicto entre el deseo de morir y el dolor físico son más propensos a subvalorar su instinto y ponderar con mayor importancia el deseo desarrollado. La base de este postulado radica en que la exposición continua a eventos dolorosos (propios o ajenos) genera habituación, provocando mayor tolerancia al dolor y baja sensación de miedo frente a la muerte (Van Orden et al., 2010).

Los postulados de esta teoría han sido constatados empíricamente en diferentes investigaciones con el fin de determinar si los componentes propuestos tienen sustento. Dentro de los estudios más destacados cabe mencionar la creación del Cuestionario de Necesidades Interpersonales (Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012) y la reciente validación del constructo Capacidad de suicidio (Ribeiro et al., 2014).

Por otra parte, existen otros enfoques teóricos pertinentes de mencionar, como el Modelo Integral Motivacional-Volitivo de Conducta Suicida (*Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour*). El autor de este modelo propone una perspectiva

teórica que explica el proceso completo, es decir, desde la fase motivacional (intención de uno de involucrarse en una conducta suicida), hasta la conducta suicida realizada (O'Connor, 2011; O'Connor, Platt, & Gordon, 2011). En la misma línea, el Modelo de los Tres Pasos (*Three-Step Theory*), de Klonsky y May (2015), postula que la ideación suicida resulta de la combinación de dolor y desesperanza (Paso 1), acompañada de una falta de conexión o vinculación a otras personas. La ausencia de un trabajo o proyecto vital significativo daría lugar al deseo de suicidio (Paso 2), y la propia capacidad de suicidio daría lugar a la realización de tentativas autolíticas (Paso 3). Este modelo propone que la combinación de estos factores explica el paso de la ideación suicida a la acción (intentos suicidas y suicidio) (Klonsky & May, 2015).

Esta teoría, a diferencia del modelo propuesto por Joiner, destaca como un factor de protección la conexión con otros frente a la escalada de ideación hasta la muerte por suicidio, otorgando la posibilidad de plantear objetivos de intervención específicos como: reducir el dolor, incrementar la esperanza, mejorar la conexión y/o reducir la capacidad de suicidio (Klonsky & May, 2015; Klonsky et al., 2016).

1.3.2. Factores asociados a la conducta suicida juvenil

Los factores asociados a la conducta suicida juvenil que cuentan con mayor evidencia empírica son la ideación suicida e intentos de suicidio previos (Neeleman, Graaf, & Vollebergh, 2004; Nock et al., 2008) y un historial de autolesiones (Hill, Castellanos, & Pettit, 2011; O'Connor & Nock, 2014), como también lo sería el fácil acceso a métodos letales (Anglemyer, Horvath, & Rutherford, 2014; Hawton, 2007). En este caso, es preciso mencionar que la elección del método suicida más frecuente en los jóvenes españoles es el ahorcamiento, seguido de la precipitación desde lugares elevados y la intoxicación por fármacos (Anseán, 2014).

Con relación al género, tal como se ha señalado en la mayor parte de los países donde se ha estudiado el fenómeno del suicidio, las chicas presentan tasas de ideación suicida e intentos de suicidio entre tres y cuatro veces mayores que los chicos, mientras que la muerte por suicidio es entre dos y cuatro veces mayor en los hombres (Nock et al., 2013).

En referencia a la edad, tanto los grupos de mayor edad como los grupos de jóvenes muestran unas tasas más elevadas de muerte por suicidio (OMS, 2014). En ideas o planes de suicidio se encuentra una disminución progresiva a medida que aumenta la edad (Gabilondo et al., 2007). En muestras de adolescentes, tanto la ideación como la

intención suicida parecen ser mayores en chicas que en chicos y aumenta a medida que se hacen mayores (Carli et al., 2014).

Otros factores comúnmente descritos en el ámbito suicidológico son la impulsividad y el inicio de trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias (Amitai & Apter, 2012; Nock et al., 2013). El 60% de los niños y el 90% de los jóvenes con conducta suicida, presentan al menos un trastorno psiquiátrico en el momento del intento o la muerte por suicidio (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006). Específicamente, la presencia de sintomatología depresiva aumenta el riesgo en ambos sexos y se ha observado que los trastornos depresivos están presentes entre el 49% y el 64% de los casos (Steel & Doey, 2007). Así también, los antecedentes psiquiátricos y de suicidios en la familia se han asociado a una mayor presencia de conducta suicida en población infanto juvenil (Anseán, 2014).

En España destaca el estudio de Gabilondo et al. (2007), cuyos resultados expusieron que la presencia de un trastorno mental se relacionó con una mayor probabilidad de desarrollar ideas, planes o intentos de suicidio, especialmente en aquellas personas que presentaban un trastorno del ánimo. De los datos de este estudio se desprende que los trastornos que mayor comorbilidad tienen con la realización de intentos de suicidio son el episodio depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos del control de impulsos, el trastorno por estrés postraumático y el abuso de alcohol.

Otro estudio llevado a cabo en España por Romero, Gamero, y Martínez (2007) destacó que, de todos los casos estudiados entre 1999 y 2003, el 55,9% tenían antecedentes psiquiátricos (el 76,9% eran hombres y el 23,1% eran mujeres). Asimismo, dichos autores advirtieron que el 14,82% del total de los casos estudiados habían realizado tentativas de suicidio previas, de las cuales un 71,8% presentaban diagnóstico de depresión.

La literatura existente también ha destacado el papel que tienen los estresores de tipo psicosocial en la conducta suicida juvenil. Autores como Hawton et al. (2012) señalan que las dificultades relacionales aparecen con frecuencia como precipitantes en los actos suicidas en niños menores de 14 años. Los investigadores han informado que el abuso y la negligencia durante la niñez aumentan sustancialmente el riesgo tanto de ideación suicida como de intento de suicidio en personas jóvenes (Evans, Hawton, Rodham, & Deeks, 2005; Miller, Esposito-Smythers, Weismore, & Renshaw, 2013; Thompson et al., 2012). Una revisión sistemática conducida por Evans et al. (2005)

encontró una fuerte asociación entre el abuso físico y sexual en la infancia y el posterior desarrollo de pensamientos e intentos de suicidio en la adolescencia. Del mismo modo, Miller et al. (2013) concluyeron que, aunque todas las formas de maltrato están asociadas con la ideación suicida y los intentos de suicidio en la adolescencia, el abuso sexual y emocional en la infancia puede ser un factor de riesgo más trascendente que el abuso físico.

1.3.3. Prevalencia de la conducta suicida en adolescentes del sistema de protección y justicia juvenil

En primer lugar, es necesario contextualizar las cifras de este fenómeno con datos oficiales de la población general. El suicidio es la principal causa de muerte no natural en España, causando el doble de muertes que los accidentes de tráfico, siendo también, después de los tumores, la principal causa de muerte en la juventud española en edades comprendidas entre los 15 y los 34 años (INE, 2019), como se ha enfatizado en secciones anteriores. El sur y el noroeste de España tienen las mayores tasas de mortalidad por suicidio (Navarro-Gómez, 2017). Cabe destacar, que particularmente en Catalunya, en el 2017, el suicidio fue la primera causa de muerte en personas entre los 15 y los 34 años.

Así, en España la mortalidad por suicidio oscila entre 3.500 y 4.000 personas al año en todos los grupos etáreos. Estas cifras, basadas en los últimos datos publicados por el INE en diciembre de 2017 y referidas al 2016 (INE, 2017), suponen una disminución de 33 defunciones respecto al año 2015 (un 0,9% menos). De manera específica, los menores de 18 años exponen una estabilidad relativa en torno a 60 defunciones anuales por suicidio (ver Figura 3). Por debajo de los 14 años, las tasas se mantienen relativamente bajas, oscilando entre 2 y 12 niños al año (ver Figura 4).

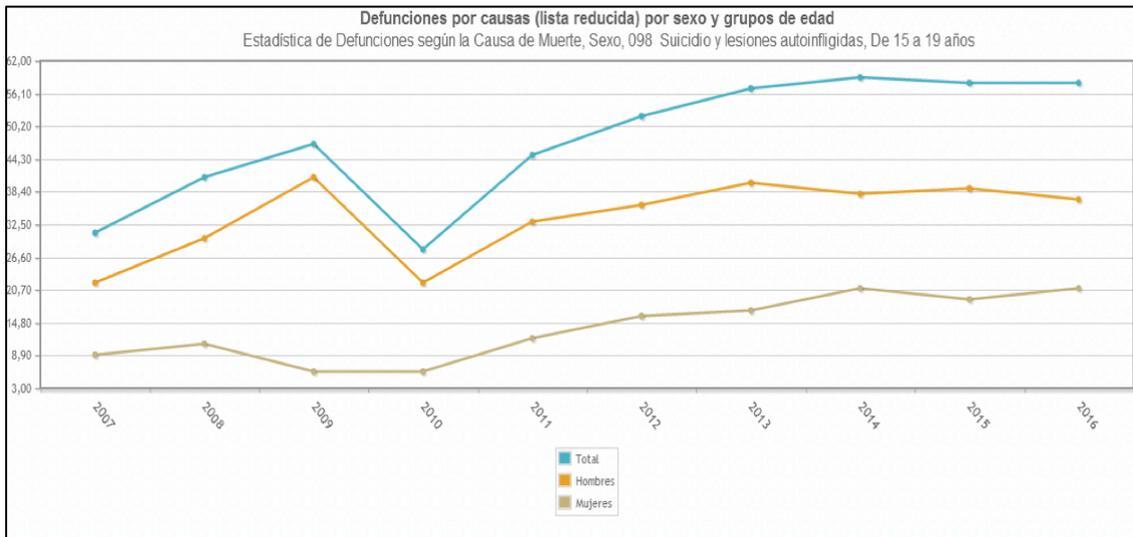


Figura 3. Defunciones según la causa de muerte por sexo y grupos de edad entre 15 y 19 años (INE, 2019).

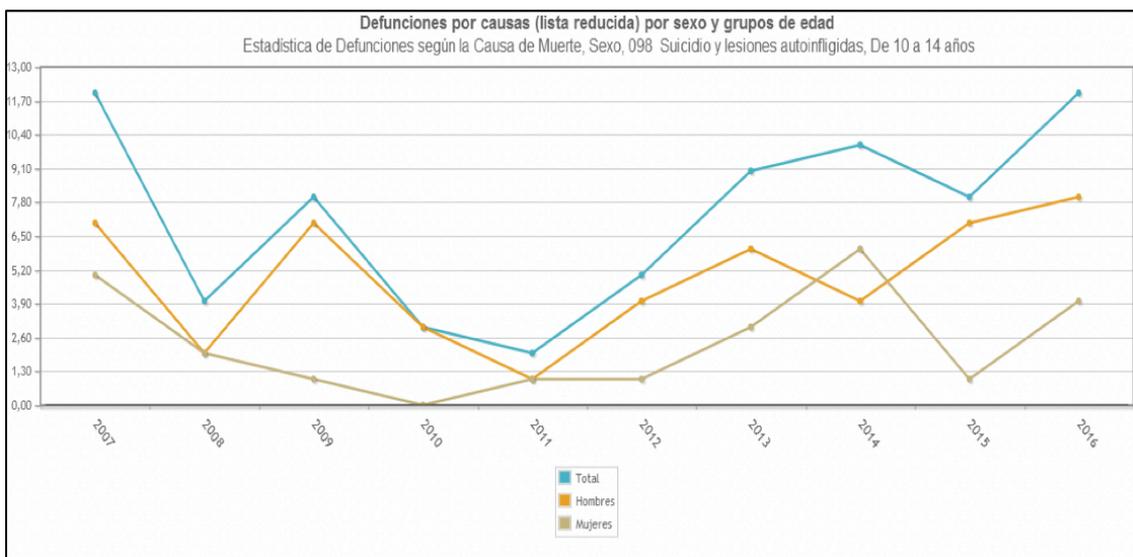


Figura 4. Defunciones según la causa de muerte por sexo y grupos de edad entre 10 y 14 años (INE, 2019).

El impacto de esta problemática no se reduce únicamente a las tasas de muertes por suicidio, sino también a la ideación suicida o a las tentativas de suicidio previas. En población adolescente, los resultados varían ligeramente respecto a los encontrados en población adulta (Kölves & Leo, 2016). Por ejemplo, una investigación realizada en diferentes países europeos encontró una prevalencia de ideación suicida en adolescentes del 32,3%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio fue del 4,2% en muestras de la población general (Carli et al., 2014). Según un estudio representativo de adolescentes estadounidenses realizado a nivel nacional por Nock et al. (2013), la

prevalencia en la vida de la ideación, los planes y los intentos de suicidio fue de 12,1%, 4,0% y 4,1%, respectivamente.

En algunas regiones europeas, la conducta suicida no fatales son más comunes entre adolescentes (Nock et al., 2008). En España, en esta misma línea, Soler et al. (2013) realizaron un estudio en ocho colegios catalanes, y describen una prevalencia del 14% del fenómeno suicida (ideación o autolesiones) en jóvenes menores de edad. En un reciente estudio realizado por Fonseca-Pedrero et al. (2018) se analizó la prevalencia de la ideación suicida en una muestra representativa de 1.664 adolescentes españoles (entre 14 y 19 años), seleccionados mediante muestreo estratificado por conglomerados. Los investigadores encontraron que aproximadamente un 4,1% de la muestra indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida.

Sobre las autolesiones se dispone de poca información fiable respecto a la prevalencia entre los adolescentes y en población adulta. La mayoría de personas que se autolesionan no van a los hospitales o servicios de salud como resultado de su autolesión y, de este modo, no se pueden documentar fiablemente (Arensman et al., 2008). Las personas con antecedentes de autolesiones deliberadas o intentos suicidas son especialmente un grupo de alto riesgo de muerte por los intentos repetidos. La prevalencia a lo largo de la vida de las autolesiones no suicidas se estima que varía entre el 7,5% y el 8% para preadolescentes, aumentándose hasta entre el 12% y el 23% en adolescentes (Washburn et al., 2012).

Si observamos el panorama actual, ciertamente las tasas varían considerablemente entre los estudios, y además es evidente que la mayoría de investigaciones se han desarrollado en muestras comunitarias y clínicas, existiendo investigaciones más restringidas que se enfocan hacia subgrupos con un riesgo más elevado, esto incluye a niños y adolescentes que han sido atendidos por los sistemas de protección o implicados en justicia juvenil.

En general, a nivel internacional la prevalencia de conducta suicida en estos colectivos es alta. Las investigaciones sugieren que, en uno de cada tres suicidios en población juvenil, estaban involucrados chicos y chicas en justicia juvenil o en los sistemas de protección infantil (Farand, Chagnon, Renaud, & Rivard, 2004). Por ejemplo, un estudio realizado en la provincia de Quebec (Canadá) encontró que el riesgo de suicidio para jóvenes involucrados en el sistema de protección infantil y justicia juvenil era cinco veces mayor que la población adolescente general (Farand et al., 2004). Uno de los pocos estudios que incluyó ambos colectivos (es decir, sistemas de protección infantil

y justicia juvenil), aunque no exclusivo, dado que también incorporaron jóvenes de otros servicios públicos, como educación y salud, indicó que el 28% de los participantes tenía pensamientos suicidas y el 7,1% había hablado de suicidarse en el último año. La tasa de intentos de suicidio a lo largo de la vida fue del 20,1% (Chavira, Accurso, Garland, & Hough, 2010).

En un estudio más reciente, que incorporó 3.156 adolescentes en detención juvenil en los Estados Unidos, el 19,0% informó haber pensado en suicidarse y el 11,9% informó haber intentado suicidarse (Bhatta et al., 2014). En estudios anteriores que evaluaron la conducta suicida en los últimos 6 meses, las estimaciones de ideación suicida entre los jóvenes en contextos de justicia juvenil oscilan entre el 8% y el 21% (Abram et al., 2008; Wasserman & McReynolds, 2006). Morgan y Hawton (2004) informaron un 15,6% de autolesiones deliberadas en una muestra de justicia juvenil para el mismo período de tiempo. Una revisión sistemática, que incluyó 27 estudios con 33 muestras de jóvenes provenientes del ámbito de justicia juvenil, evidenció mayores tasas de ideación (19% – 32% vs. 15,8%) y conducta suicida en este colectivo (12% – 15,5% vs. 7,8%) que en las encontradas en jóvenes de la población general (Stokes, McCoy, Abram, Byck, & Teplin, 2015). Una revisión previa encontró que las tasas de suicidio eran cuatro veces más altas en las muestras de justicia juvenil que en la población general (Hayes, 2005). Estas tasas de prevalencia pueden ser más altas porque los factores de riesgo de suicidio, descritos en la sección anterior, son mucho más comunes en los jóvenes en el sistema de justicia juvenil que en la población general (Morgan & Hawton, 2004). Por ejemplo, más de dos tercios de los jóvenes detenidos tiene uno o más trastornos mentales o abuso de sustancias (Teplin, Abram, McClelland, Dulcan, & Mericle, 2002; Wasserman, McReynolds, Lucas, Fisher, & Santos, 2002). Un estudio con una muestra de jóvenes infractores encontró que el 41% de las mujeres y el 11% de los hombres tenía antecedentes de abuso sexual (King et al., 2011).

De manera similar, los adolescentes en los sistemas de protección infantil reportan altas tasas de conducta suicida, que van del 7% al 27% (Anderson, 2011; Taussig, Harpin, & Maguire, 2014). En un estudio realizado en los Estados Unidos se informó que aproximadamente el 33% de los adolescentes en el sistema de protección infantil tenía pensamientos o intentos de suicidio y el 8% de la muestra intentó suicidarse durante los últimos 6 meses (Hukkanen, Sourander, & Bergroth, 2003). Katz et al. (2011) realizaron un análisis comparativo entre 8.279 niños y adolescentes bajo cuidado residencial y 353.050 niños y adolescentes de la población general. Los resultados evidencian mayor

riesgo de intentos de suicidio para la población en centros de protección ($OR = 2,11$). Evans et al. (2017) presentaron un estudio de metanálisis que incluyó cinco investigaciones publicadas entre 2001 y 2011. En esta revisión se estimó que la prevalencia de ideación suicida fue del 24,7% en niños, niñas y adolescentes provenientes del sistema de protección en comparación con un 11,4% en muestras comunitarias, mientras que las cifras de intentos de suicidio fueron del 3,6% y el 0,8%, respectivamente.

Por último, hasta donde sabemos no existen estudios de prevalencia en conducta suicida en estos colectivos en España.

1.4. Estudios empíricos en conducta suicida, victimización y polivictimización

La victimización interpersonal se reconoce como un evento de riesgo, potencialmente traumático y con consecuencias diversas, cuyo impacto puede afectar al funcionamiento global de las víctimas, así como a áreas más específicas del desarrollo. La literatura científica aporta suficiente evidencia respecto a la presencia de psicopatología en víctimas de violencia interpersonal en población infanto-juvenil (Burke et al., 2015; Bronsard, et al., 2011; Egelund & Lausten 2009; Janssens & Deboutte, 2010; Kolko et al., 2010).

Específicamente, la investigación sobre victimización y conducta suicida se ha centrado, casi exclusivamente, en el estudio de una única forma de victimización, los malos tratos (Miller et al., 2013), el abuso sexual (Yong, Ho, Lim, & Yeo, 2018) o el bullying (Barzilay et al., 2017). Los hallazgos sugieren que el abuso físico y sexual, así como el maltrato emocional, son los tipos de victimización más fuertemente asociados con este fenómeno, tanto en muestras del sistema de protección, como en jóvenes implicados en el sistema de justicia juvenil (por ejemplo, Bratta et al., 2014; Chavira et al., 2010; Esposito & Clum, 2002; Rhodes, Bethell, & Tonmyr, 2014; Thompson et al., 2012). Las características de la experiencia de victimización, incluidos tipo, cronicidad y gravedad, también se han asociado con la conducta suicida en estos colectivos (Taussig et al., 2014).

A modo de ejemplo, aunque realizados con muestras de la comunidad, importantes metanálisis (Devrís et al., 2014, Maniglio, 2011; Ng et al., 2018) coinciden en señalar, tanto en estudios transversales como longitudinales, que el abuso sexual infantil se asocia consistentemente con un mayor riesgo de ideación, comportamiento autolesivo suicida y no suicida e intentos de suicidio.

La victimización entre pares se ha convertido recientemente en un tema de preocupación pública debido a los informes alarmantes de los medios de comunicación sobre la muerte por suicidio en jóvenes (Geoffroy et al., 2016). Al respecto, diversos estudios indican que las víctimas de esta forma de violencia tienden a reportar mayor soledad, mayor absentismo escolar, mayor ideación suicida, baja autoestima y niveles de depresión más elevados que sus pares no víctimas (Olweus & Limber, 2010). Es relevante mencionar dos metanálisis en este tema, por un lado, Van Geel, Vedder, y Tanilon (2014) encontraron que la victimización por bullying se asoció con un mayor riesgo de ideación suicida ($OR = 2,23$) e intentos de suicidio ($OR = 2,55$), y otro metanálisis que incluyó 47 estudios (38,3% en Estados Unidos y 61,7% en otros países) evidenció similares resultados (Holt et al., 2015).

Otras formas de victimización, como ser víctima de un delito común (hurto, robo, vandalismo), han sido menos estudiadas en relación con el suicidio entre la población juvenil. Sin embargo, ser testigo de violencia familiar y/o comunitaria, o la victimización indirecta, se ha asociado directamente con la ideación suicida entre adolescentes en el sistema de justicia juvenil (Ford, Hartman, Hawke, & Chapman, 2008).

La tendencia actual de la investigación en victimología reside en el estudio simultáneo de diferentes formas de victimización, visto que las diferentes formas de violencia se encuentran intercorrelacionadas (Hamby & Grych, 2013). Como ya se ha mencionado, la polivictimización se ha asociado con resultados de salud mental adversos más pronunciados (por ejemplo, Finkelhor et al., 2007; Ford et al., 2010; Ford et al., 2013), incluida la ideación suicida y la conducta autolesiva. Un ejemplo es la investigación conducida por Ford et al. (2010) que reportó que los adolescentes polivíctimas presentan el doble riesgo de depresión, el triple de trastorno por estrés postraumático, y de tres a cinco veces más riesgo de trastorno por abuso de sustancias, que aquellos no polivíctimas.

Diversos estudios han analizado los efectos de la polivictimización sobre la conducta suicida en muestras comunitarias de adolescentes provenientes de diferentes países (Chan, 2013; Soler et al., 2013; Turner et al., 2012), pero la asociación entre estos dos fenómenos aún no se ha investigado ampliamente en muestras de riesgo. Uno de los escasos estudios que se puede mencionar al respecto es la investigación conducida por Ford et al. (2013), quienes reportaron que jóvenes polivíctimas en justicia juvenil tenían más probabilidades de reportar ideas suicidas que sus pares de adversidad moderada y baja.

Por lo tanto, como poco se sabe acerca de la polivictimización como un factor de riesgo entre los adolescentes en servicios infantiles (es decir, justicia juvenil, protección infantil), la mejor guía disponible proviene de los estudios en población general de jóvenes. Por ejemplo, Turner et al. (2012) mostraron efectos independientes de la victimización entre iguales, la agresión sexual y el maltrato en la ideación suicida en una muestra comunitaria de adolescentes. Estos hallazgos también mostraron efectos sustanciales de la polivictimización (exposición a siete o más tipos de victimización), siendo las polivíctimas casi seis veces más propensas a reportar ideación suicida. Otro estudio encontró una relación significativa entre la polivictimización y la conducta suicida (i.e., ideación suicida y conducta autolesiva) en una muestra comunitaria de adolescentes españoles (Soler et al., 2013). También destaca un reciente estudio de Rodríguez-Blanco et al. (2015) que, si bien no evalúa polivictimización, da cuenta de la relación entre conducta suicida y victimización en una muestra de 239 adolescentes (entre 12 y 17 años) atendidos ambulatoriamente en servicios psiquiátricos en Madrid. Los investigadores encuentran que la tendencia suicida fue más común en los jóvenes que presentaban victimización, sin embargo, la victimización no predecía directamente la presencia de ideación suicida, mientras que los problemas conductuales, emocionales, la sintomatología depresiva y el número total de eventos adversos predecían de forma directa y significativa la ideación suicida.

Aunque estos estudios contribuyen sustancialmente al conocimiento de la relación entre experiencias de victimización, polivictimización y conducta suicida, muchos de ellos se centran únicamente en los intentos de suicidio o la muerte por suicidio como resultados de interés, a pesar de que la ideación suicida y el comportamiento de autolesión también son elementos importantes a considerar cuando se identifican factores predictivos del suicidio.

1.5. Estudios empíricos en conducta suicida y resiliencia

Tradicionalmente, las investigaciones se han centrado en el estudio de factores de riesgo de la conducta suicida dejando en un segundo plano la profundización y el análisis riguroso de aquellos que son protectores. Sin embargo, igual de importante debe ser identificar y comprender aquellos que protegen de la muerte por suicidio dada la relevancia de éstos en la prevención de dichos actos. Dentro de este aspecto, parece ser que algunas variables ejercen un papel muy importante para mitigar los efectos negativos

de situaciones adversas ante la posibilidad de suicidio (Drum & Denmark, 2012). Así, investigaciones sobre niños, niñas o jóvenes expuestos a situaciones conflictivas o altamente estresantes demuestran que, a pesar de vivir estas circunstancias, la gran mayoría no presenta esta conducta (Masten, Best, & Garmezy, 1991). Además, esta exposición no sólo no producía trastornos desadaptativos o conducta suicida, sino que parecían desarrollar un importante crecimiento psicosocial o personal en el niño, niña o en el joven, que anteriormente no estaba (Everall, Altrows, & Paulson, 2006; Marin, DiFluvio, & Burke, 2009). A este fenómeno, se le denominó resiliencia. Una revisión realizada por Masten y Obradović (2006) define este concepto como la capacidad o habilidad que supone una adaptación exitosa, es decir, tener la capacidad de prosperar frente a la adversidad o recuperarse de eventos negativos (para una mayor discusión sobre el concepto de resiliencia, véase Bonanno, 2005; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Masten, 2001).

Desde la perspectiva de esta investigación, y enmarcando el concepto de resiliencia en el ámbito victimológico, ésta se entendería como un proceso dinámico que evoluciona a través de los contextos y a lo largo de la vida de una persona (Masten, 2011; Rutter, 2012), por lo cual, la resiliencia no es una característica estática. La investigación (Gartland et al., 2011) ha sugerido que tanto los factores individuales (por ejemplo, autoestima, temperamento, habilidades sociales) como los ambientales (por ejemplo, familia, pares, escuela y comunidad) deben tenerse en cuenta al estudiar este fenómeno. En este contexto, el modelo ecológico-transaccional se basa en la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1977) para proporcionar un marco conceptual que permita integrar los factores individuales y ambientales subyacentes a la resiliencia (Gartland et al., 2011; Luthar et al., 2000). La premisa de este modelo es que el contexto del individuo se conceptualiza como múltiples niveles anidados en los que hay múltiples factores de riesgo y protección que se influyen mutuamente y, a su vez, influyen en el desarrollo de los niños y niñas (Cicchetti & Lynch, 1993).

En consecuencia, este trabajo conceptualiza la resiliencia como un estado modificable, en el que diversos factores personales, familiares, sociales y contextuales pueden contribuir a aumentar la resistencia a los problemas de salud mental a pesar de los encuentros con sucesos adversos (Gartland et al., 2011; Gartland et al., 2006).

Los escasos estudios destinados al abordaje de los factores de protección asociados con una menor probabilidad de suicidio (por ejemplo, Johnson, Gooding, Wood, & Tarrier, 2010; Johnson, Wood, Gooding, Taylor, & Tarrier, 2011; Perkins & Jones, 2004)

inciden en el apoyo familiar (Perkins y Hartless, 2002), es decir, una mejor comprensión de los problemas y preocupaciones por parte de los padres o tutores (Cheng et al., 2009) ha mostrado reducir el riesgo de comportamiento suicida en adolescentes, así como también el apoyo social general ha mostrado ser relevante (Joiner et al., 2009; Panagioti, Gooding, Taylor, & Tarrrier, 2014).

De forma más específica, investigaciones previas han identificado una serie de factores de resiliencia asociados con la conducta suicida. Por ejemplo, Osman et al. (2004) plantearon la hipótesis de que las creencias positivas con respecto a la estabilidad emocional, los recursos sociales y la autoestima conferirían resistencia al acto suicida. Otros factores incluyen el estilo de atribución positivo-interno (Chang, Lin, & Lin, 2007; Hirsch & Conner, 2006; Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk, & Parker-Morris, 2009), el optimismo sobre el futuro (Hirsh et al., 2009), el afrontamiento y la confianza en la resolución de problemas (Esposito & Clum, 2002; Grover et al., 2009). Una revisión de la literatura (1980-2013), centrada en conocer los factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes de entre 15 y 25 años, que incluyó 32 estudios, demuestra que el auto-concepto positivo, la autorregulación y la flexibilidad cognitiva parecen modular la resiliencia ante las tentativas suicidas (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014). Con respecto al entorno social y familiar, los ejemplos de factores protectores relacionados a la resiliencia incluyen el apoyo percibido en la comunidad y la coherencia familiar (Banyard & Cross, 2008), así como las relaciones positivas entre pares (Esposito & Clum, 2002).

Otros estudios realizados en los Estados Unidos con atención residencial (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell, & Daigeault, 2011) y muestras de adolescentes de la comunidad (Turner, Shattuck, Finkelhor, & Hamby, 2017) encontraron que las experiencias de polivictimización tienen un impacto negativo en la resiliencia, reduciendo tanto los recursos sociales como personales. Una investigación reciente conducida por Hamby, Taylor, Mitchell, Jones, & Newlin (2020), exploraron una gama de fortalezas psicológicas y sociales en una muestra comunitaria de 440 jóvenes de entre 10 a 21 años en los Estados Unidos. 89,3% de los jóvenes informaron una o más victimizaciones, siendo la victimización por pares la más común. Aunque varias fortalezas psicológicas y sociales se correlacionaron inversamente con la sintomatología traumática, las regresiones jerárquicas indicaron que tener un propósito en la vida, contribuía de manera única a una mejor salud mental.

En España, hasta la fecha, un número limitado de estudios han sugerido que la resiliencia aminora los efectos de la polivictimización en los problemas de salud mental. Por ejemplo, Soler et al. (2012) en un estudio con adolescentes españoles de la población general examinaron la relación entre los tipos de victimización experimentados, la autoestima y los síntomas de internalización y externalización. Los autores informaron que la autoestima actuó como mediadora y moderadora para mitigar el impacto de las múltiples experiencias de victimización en los problemas de internalización y externalización. Otro estudio realizado por Segura, Pereda, Guilera, y Hamby (2017) examinó el papel de varios recursos de resiliencia en la relación entre la victimización a lo largo de la vida y los problemas de salud mental en una muestra compuesta por 125 adolescentes (de 12 a 17 años) de centros residenciales de protección en Catalunya. La polivictimización se asoció con menos recursos y con un mayor riesgo de problemas de salud mental, y los dominios de resiliencia, como recursos personales, soporte en la escuela y el apoyo entre pares, moderaron la relación entre victimización y síntomas externos. Los adolescentes con menos recursos propios y menos apoyo escolar reportaron más síntomas de externalización, y aquellos con más apoyo de pares también reportaron mayores problemas de externalización.

Si bien estos estudios contribuyeron con información importante sobre el vínculo entre la polivictimización, la resiliencia y la psicopatología, parece que la resiliencia no se ha examinado directamente en relación con el comportamiento suicida en adolescentes en los sistemas de protección infantil y de justicia juvenil en España. Esta Tesis Doctoral explora las relaciones entre variables altamente relevantes en la esfera del adolescente más vulnerable: polivictimización, resiliencia y conducta suicida.

Justificación de la investigación

2. Justificación de la investigación

La evolución de la sociedad ha ofrecido una mayor conciencia y sensibilidad a las situaciones de adversidad en la infancia y la adolescencia. Y uno de los colectivos que ha de hacer frente a un mayor número de adversidades son los niños, niñas y adolescentes atendidos por instituciones que pertenecen a centros administrados por el sistema público. Algunos estudios (Davidson-Arad & Golan, 2007; Groze, 1990; Hazen, Connelly, Roesch, Hough, & Landsverk, 2009) se refieren a estos colectivos como menores institucionalizados y los describen como poblaciones con un alto riesgo psicosocial, incorporando tanto a grupos que provienen del sistema de protección infantil, como a quienes se encuentran implicados en el sistema de justicia juvenil u otros⁴. Estas poblaciones se posicionan en un mayor riesgo de sufrir algún tipo de victimización y, al mismo tiempo, son más vulnerables a los efectos adversos de éstas (Cyr et al., 2012; Ford et al., 2010; Hazen et al., 2009).

Los estudios llevados a cabo en este colectivo suelen constatar que estos jóvenes han vivido experiencias de maltrato y abuso por parte de las principales figuras cuidadoras y están expuestos habitualmente a otras formas de victimización, que pueden provenir de los propios centros en los que se encuentran atendidos (Cyr et al., 2012; Finkelhor et al., 2007; Gavrilovici & Groza, 2007). Por otra parte, desde la perspectiva de la victimología del desarrollo, son escasos los trabajos que utilizan una muestra que incorpore a jóvenes provenientes de ambos sistemas, y esto puede deberse a que los adolescentes del sistema de justicia juvenil han sido abordados principalmente desde el enfoque criminológico, haciendo énfasis en la comisión de conductas infractoras. Este estudio, a diferencia de muchas de las investigaciones previas, incorporará a los adolescentes del ámbito de protección y de justicia juvenil desde una perspectiva victimológica más amplia, que permita determinar con mayor precisión la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran. Además, si bien los estudios anteriores se han centrado en muestras nacionales o en una subpoblación específica (por ejemplo, protección infantil, justicia juvenil), la muestra actual está compuesta por jóvenes en

⁴ El concepto de institucionalización en esta investigación es empleado desde un punto de vista propiamente administrativo, haciendo hincapié más bien en la labor del Estado, quien se hace cargo íntegramente del cuidado de estos niños, niñas o adolescentes, por medio de su personal, presupuesto y administración, tanto en los casos de protección por vulneración de derechos, o en los casos en que el joven sea responsable de una infracción o delito.

riesgo, involucrados en uno o más servicios públicos. Esto permite una investigación más exhaustiva e inclusiva de la polivictimización y los comportamientos suicidas en una muestra de adolescentes altamente vulnerables en términos de victimización.

Como se ha señalado en el apartado anterior, las investigaciones llevadas a cabo en victimología infanto-juvenil han puesto su interés en el estudio de formas específicas de abusos y malos tratos por parte de los cuidadores principales, siendo limitada la consideración de otras formas de violencia en otros contextos distintos a las recibidas en el seno familiar y menos estudiada aún la coexistencia de múltiples experiencias de victimización (polivictimización). Como se ha enfatizado, sólo recientemente se ha puesto en evidencia que este análisis parcializado ha limitado visualizar que los niños y niñas que han sufrido un tipo de maltrato habitualmente están expuestos a otras formas de victimización adicional (Finkelhor et al., 2005a; Higgins & McCabe, 2000). Por esta razón, muchos autores han acentuado la necesidad de evaluar una amplia gama de experiencias de victimización (Saunders, 2003; Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2006). Dado lo anterior, el estudio actual utilizó el *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ), un instrumento propuesto por Finkelhor, Hamby, Ormrod, y Turner (2005), que ha sido aplicado ampliamente en esta área de estudio y permite la evaluación de una extensa gama de experiencias de victimización en niños, niñas y jóvenes.

Si bien el campo de la polivictimización entrega orientaciones claras respecto a la naturaleza del problema de la violencia hacia niños, niñas y adolescentes, y existe una importante evidencia sobre la estrecha relación entre psicopatología y polivíctimas (Cuevas et al., 2009; Cuevas et al., 2010; Ford et al., 2010; Segura, Pereda, Guilera, & Abad, 2016; Tuner et al., 2006), es necesario profundizar y abordar qué victimizaciones predicen mejor la ocurrencia de la conducta suicida de manera específica. Cabe añadir, que los niños, niñas y jóvenes atendidos por el sistema de protección infantil, y en particular los que están implicados en el sistema de justicia juvenil, están expuestos a una serie de eventos adversos (i.e., victimización) que aumentan el riesgo de conducta suicida (Geoffroy et al., 2016; Holt et al., 2015; Rhodes et al., 2014). Asimismo, muchos ingresan al sistema con problemas emocionales y de comportamiento preexistentes (Garland et al., 2001). Aunque los jóvenes en estos sistemas tienen altas tasas de conducta suicida, pocos estudios empíricos han examinado este fenómeno entre los jóvenes del sistema de protección infantil (Anderson, 2011; Evans et al., 2017; Taussig et al., 2014) y justicia juvenil (Bratta et al., 2014; Stokes et al., 2015; Wasserman & McReynolds, 2006) y hasta donde sabemos ninguno lo ha hecho en España.

Es relevante señalar que, dado que la literatura especializada en el área ha destacado que los factores de vulnerabilidad no son una explicación completa para el comportamiento suicida, algunos investigadores han explorado los factores de protección, que son aquellos asociados con una menor probabilidad de suicidio (por ejemplo, Perkins & Jones, 2004). Parte de esta investigación sobre los factores de protección contra el suicidio ha comenzado a usar el término resiliencia (Osman et al., 2004; Rutter, Freedenthal, & Osman, 2008). Estos estudios han descrito la resiliencia como un amortiguador, una capacidad percibida para regular los pensamientos suicidas (Osman et al., 2004) o una capacidad para superar los desafíos actuales (Rutter et al., 2008). Por ejemplo, Osman et al. (2004) plantearon la hipótesis de que las creencias positivas sobre la estabilidad emocional, los recursos sociales y la autoimagen conferirían resistencia al suicidio. La investigación actual adopta el marco conceptual propuesto por Gartland et al. (2006), quienes enfatizaron la necesidad de explorar la resiliencia ampliamente al evaluar los factores individuales y ambientales.

En síntesis, la Tesis Doctoral en su conjunto busca dar visibilidad al complejo fenómeno de la conducta suicida, teniendo en cuenta la relación con las diversas experiencias de victimización presentes en la historia de vida de un grupo de adolescentes del sistema de protección y de justicia juvenil de Catalunya. La finalidad última de este estudio es sensibilizar a la sociedad respecto a las experiencias de violencia que sobrellevan los niños, niñas y jóvenes tutelados por el sistema de protección y atendidos por el sistema de justicia juvenil. Esta mayor sensibilización social y profesional puede ayudar a tener una mayor conciencia del alto riesgo de problemas emocionales y de salud mental que presenta este grupo y así comprender mejor sus necesidades.

Estas consideraciones suponen grandes posibilidades de aportar un mayor conocimiento de este fenómeno en una muestra que ya posee una mayor presencia de síntomas psicopatológicos y está en una mayor condición de vulnerabilidad, lo cual resulta aún más trascendental. Además, la incorporación de factores individuales y de la red social y ambiental facilitará el diseño de programas de intervención y prevención que pueden ayudar a la reducción de las consecuencias adversas relacionadas con las experiencias de victimización, permitiendo así mejorar la calidad de vida de estos adolescentes. La detección temprana de la ideación suicida y el comportamiento autolesivo pueden servir como un importante primer paso en la prevención del suicidio (Chavira et al., 2010).

Objetivos e hipótesis

3. Planteamiento de objetivos e hipótesis empíricas

El planteamiento de esta Tesis Doctoral se sustenta en la perspectiva teórica de la victimología del desarrollo, enunciada inicialmente por el Dr. David Finkelhor (2007) y su equipo del *Crimes against Children Research Center* de la University of New Hampshire en los Estados Unidos, y desarrollada en España por el Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA) de la Universitat de Barcelona, en la que se postula que los niños y niñas sufren distintos tipos de victimización interpersonal a lo largo de su desarrollo vital y que es necesario analizar la compleja realidad de la violencia contra la infancia desde una perspectiva amplia y comprehensiva.

Los principales objetivos de la tesis son estudiar la conducta suicida en adolescentes atendidos por el sistema de protección y justicia juvenil en Catalunya. Asimismo, evaluar cómo se relaciona este fenómeno con las experiencias de victimización y polivictimización de estos adolescentes, y cómo diferentes dominios (o factores) de resiliencia se asocian a la conducta suicida.

Los dos trabajos empíricos que conforman la Tesis Doctoral se centran en las siguientes áreas:

El primer trabajo empírico, explora la relación entre la conducta suicida y las experiencias de victimización y polivictimización sufridas por los jóvenes del sistema de protección y justicia juvenil.

El segundo trabajo empírico, basado en la alta polivictimización evidenciada en este colectivo, se centra en el análisis de los factores de protección relacionados a la resiliencia que pueden jugar un papel relevante en la prevención de la conducta suicida.

3.3. Trabajo empírico 1: victimización, polivictimización y conducta suicida

Objetivos

- Conocer la prevalencia de la conducta suicida en adolescentes atendidos por el sistema de protección y justicia juvenil de Catalunya.
- Examinar la relación entre la victimización y polivictimización a lo largo de la vida y la conducta suicida (ideación suicida y conducta autolesiva) entre adolescentes atendidos por el sistema de protección y justicia juvenil de Catalunya.
- Explorar la asociación entre las características sociodemográficas y la conducta suicida en esta muestra.

Hipótesis

H1- Los porcentajes de conducta suicida reportados por los jóvenes serán altos y superarán los encontrados en estudios con jóvenes de la comunidad del mismo contexto cultural (i.e., Soler et al., 2013).

H2- La victimización entre pares/iguales, victimización sexual y/o victimización por parte de los cuidadores aumentan el riesgo de conducta suicida más que otros tipos de victimización (por ejemplo, delitos comunes, ser testigo de violencia) (Chavira et al., 2010; Holt et al., 2015; Rhodes et al., 2014).

H3- La polivictimización a lo largo de la vida será un mejor predictor de la conducta suicida que los módulos específicos de victimización (i.e., victimización sexual, victimización por cuidadores, victimización por pares/iguales) (Chan, 2013; Soler et al., 2013; Turner et al., 2012).

H4- Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la tipología de conducta suicida, cuando se analicen las variables género, tipo de institución, y país de origen (por ejemplo, Holt et al., 2015).

3.4. Trabajo empírico 2: polivictimización, resiliencia y conducta suicida

Objetivos

- Examinar la relación entre la polivictimización, la resiliencia y la conducta suicida en adolescentes atendidos por el sistema de protección y justicia juvenil de Catalunya.
- Realizar un análisis comparativo de las características sociodemográficas, polivictimización y resiliencia de los jóvenes con conducta suicida, y aquellos jóvenes sin conducta suicida.

Hipótesis

H1- La polivictimización a lo largo de la vida reportada por los jóvenes será un buen predictor de la conducta suicida (Soler et al., 2013).

H2- Los factores sociales y personales relacionados con la resiliencia estarán significativamente asociados con la conducta suicida (Cheng et al., 2009; Joiner et al., 2009).

H3- Habrá diferencias entre los jóvenes con conducta suicida y aquellos jóvenes sin conducta suicida en cuanto a variables sociodemográficas, tales como género, tipo de institución y país de origen (Holt et al., 2015).

H4- Habrá diferencias en las medias de los factores de resiliencia, entre aquellos jóvenes con conducta suicida y aquellos jóvenes sin conducta suicida (Everall et al., 2006; Grover et al., 2009).

En resumen, se pretende describir y analizar la victimización y la polivictimización de estos adolescentes, y las consecuencias sobre su desarrollo, particularmente, la conducta suicida, de manera que se puedan sugerir estrategias educativas y terapéuticas que orienten a los profesionales o personal a cargo hacia una intervención que tenga presente las historias de victimización de estas poblaciones y así contribuir a atenuar sus efectos en su posterior reincorporación social.

Método

4. Método

En este capítulo se presenta la metodología en la que se enmarca esta Tesis Doctoral, que incluye dos trabajos empíricos relacionados. Cabe destacar que los análisis estadísticos llevados a cabo en cada uno de los estudios se describen por separado. Se puede profundizar sobre cada estudio en la siguiente sección.

4.1. Participantes

La muestra está compuesta por 227 niños, niñas y adolescentes (145 hombres y 82 mujeres) de entre 12 y 17 años ($M = 15,26$; $DT = 1,54$), ambas edades incluidas. Particularmente, se entrevistó a 101 adolescentes que estaban cumpliendo una medida de internamiento o en medio abierto en centros administrados por la DGEPCJJ de Barcelona y, a 126 niños, niñas y adolescentes tutelados por el sistema de protección en centros de acogida o residenciales administrados por la DGAIA.

Con respecto al país de origen, la mayoría de los participantes (58,6%, $n = 133$) nacieron en España. Del resto, el 18,9% ($n = 43$) nació en América Central o del Sur, el 18,5% ($n = 42$) en África, el 3,1% ($n = 7$) en otros países europeos y el 0,9% ($n = 2$) en Asia (véase Tabla 4).

Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes.

	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango (Mínimo- Máximo)
Edad	227	100	15,26	1,54	5 (12-17)
Género					
Masculino	145	63,9			
Femenino	82	36,1			
País de origen					
España	133	58,6			
Resto de Europa	7	3,1			
Centro y Sudamérica	43	18,9			
África	42	18,5			
Asia	2	0,9			
Tipo de institución					

Protección Infantil	126	55,5
Justicia Juvenil	101	44,5

En cuanto al contacto con los padres, casi todos los participantes mantienen contacto con ellos (91,6%, $n = 208$), y sólo un 8,4% ($n = 19$) ha respondido no tenerlo. La información del estado civil de los padres no se pudo obtener para 1,3% ($n = 3$) de esta muestra. Del resto de participantes se obtuvo que la mayoría tenía a sus padres separados/divorciados (51,9%, $n = 118$) o casados/viviendo juntos (32,6%, $n = 74$), y en menor medida estaban solteros/as o viudos/as (14,1%, $n = 32$). Por otra parte, la mayoría de los adolescentes tenía cuatro o más hermanos (30%, $n = 68$), del resto informaron ser hijo único (4,8%, $n = 11$) o tener menos de cuatro hermanos (25,1%, $n = 57$, uno, 25,6%, $n = 58$, dos y 15,5%, $n = 33$ tres hermanos).

Los participantes fueron escogidos en base a que el joven tuviera entre 12 y 17 años y estuviera implicado en el sistema de protección y/o justicia juvenil. Como criterios de exclusión se consideraron: a) tener dificultad idiomática que pudiese interferir en la comprensión de las preguntas, y b) tener alguna discapacidad intelectual o sintomatología clínica que pudiese interferir en la comprensión de los enunciados de las pruebas o las explicaciones del entrevistador, como también porque el contenido de la entrevista podría tener efectos perjudiciales para el estado de salud mental del participante.

- ***Participantes del sistema de protección infantil***

La muestra inicial en el sistema de protección estuvo conformada por 129 niños, niñas y adolescentes. No obstante, tres casos fueron excluidos del estudio debido a la falta de respuestas en alguno de los cuestionarios. Finalmente, la muestra comprendió 126 participantes, de ambos sexos (48,1% hombres y 51,6% mujeres) con edades comprendidas entre 12 y 17 años ($M = 14,59$; $DT = 1,61$), reclutados en 18 establecimientos residenciales (13 a largo plazo y 5 a corto plazo), lo que corresponde al 9,1% del número total de adolescentes en centros residenciales de Catalunya.

Según la adaptación del índice de Hollingshead (1975), el 50,5% ($n = 46$) de las familias de los participantes fueron clasificadas en un estatus socioeconómico bajo, 28,6% ($n = 20$) medio-bajo, 13,2% ($n = 12$) medio, 3,3% ($n = 3$) medio-alto y 4,4% ($n =$

4) alto. Estos datos no pudieron obtenerse para aproximadamente un tercio de la muestra (27,8%, $n = 15$) debido a la falta de información.

En base a la información de la que se disponía, en relación al tiempo en el sistema de protección, casi todos los adolescentes llevaban menos de un año en el centro. La media de tiempo fue de 3,54 años y el rango osciló entre 0 meses y 13,6 años.

- ***Participantes del sistema de justicia juvenil***

La muestra del sistema de justicia juvenil se compone de 101 adolescentes, de ambos sexos (81,2% hombres y 18,8% mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y 17 años ($M = 16,08$; $DT = 0,99$), en cumplimiento de medidas judiciales en tres centros de detención (77%) y cinco centros de régimen abierto (23%). Adicionalmente, de acuerdo a su expediente judicial, casi un tercio de ellos tenía doble expediente en el sistema (29%), es decir, un archivo abierto y permanente en el sistema de protección de la infancia. La muestra corresponde al 14,4% del número total de adolescentes involucrados en el sistema de justicia juvenil catalán.

A través del índice de Hollingshead (1975), se determinó el nivel socioeconómico familiar y la mayoría fue clasificado como de estrato socioeconómico bajo (50,60%, $n = 43$), en menor proporción de nivel socioeconómico medio-bajo (23,50%, $n = 20$), medio (17,60%, $n = 15$), y medio-alto (8,20%, $n = 7$). Ninguno de ellos se clasificó como de nivel socioeconómico alto. Este índice no pudo ser calculado para 15 adolescentes debido a la falta de información.

Se recogieron datos penales de los jóvenes mediante la revisión de sus expedientes judiciales, observándose que el promedio de tiempo en que los jóvenes estaban en contacto con el sistema de justicia juvenil es de 15,9 meses ($DT = 11,29$). Por otro lado, en el 92,1% de los delitos cometidos por éstos jóvenes se había ejercido violencia contra las personas (robos con violencia o intimidación, delitos contra las personas, o contra la libertad sexual) siendo la media de delitos cometidos 4,48 ($DT = 3,77$).

4.2. Instrumentos

4.2.1. Ficha de datos sociodemográficos

Se recogieron las características sociodemográficas a través de la aplicación de un cuestionario creado *ad hoc* por el GReVIA de la Universitat de Barcelona.

A nivel general, se consultó respecto a variables como edad, sexo, país de nacimiento, número de hermanos y nivel de educación, ocupación y estado marital de sus padres. Adicionalmente, a través de la revisión de los expedientes de protección y justicia juvenil se obtuvo información relativa a la fecha y tiempo de ingreso en los sistemas, y otras características de la situación de cada joven.

4.2.2. Youth Self Report/11-18 (YSR, Achenbach & Rescorla, 2001)

En esta investigación sólo se utilizaron dos ítems del cuestionario *Youth Self Report* (YSR; Achenbach y Rescorla, 2001, traducidos por la Unidad de Epidemiología y Diagnóstico en Psicología del Desarrollo en la Universitat Autònoma de Barcelona) para evaluar la conducta suicida experimentada durante los últimos seis meses. Estos ítems evalúan la presencia de conductas autolesivas y la ideación suicida: ítem 18 ("Intenté deliberadamente hacerme daño o suicidarme") e ítem 91 ("Pienso en matarme"), respectivamente, valorados en una escala tipo *Likert*, que se puntúa con 0, 1 y 2, desde no es cierto o infrecuente, a muy cierto o frecuentemente ocurre.

El YSR es un cuestionario de auto-informe diseñado para evaluar diversas competencias (parte I) y problemas emocionales y de conducta (parte II) en niños, niñas y adolescentes de entre 11 y 18 años a través de 119 ítems. Este cuestionario permite clasificar el malestar emocional en dos escalas de banda amplia: problemas internalizantes y externalizantes; y ocho escalas de banda estrecha ansiedad/depresión, aislamiento/depresión, quejas somáticas, problemas de pensamiento, problemas de atención, problemas sociales, conducta de transgredir normas y conductas agresivas. Además, brinda la puntuación total de problemas, que constituye un buen indicador del nivel de malestar general autopercebido y que incluye las ocho escalas de banda estrecha (ver Tabla 5). Este instrumento ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en diferentes países (Ivanova et al., 2007), incluidas muestras españolas (Zubeidat, Fernández-Parra, Ortega1, Vallejo, & Sierra, 2009).

Tabla 5. Escalas de banda amplia y banda estrecha del YSR.

Puntuación Total de Problemas		
Síndrome Externalizante	Síndrome Internalizante	Otros Problemas
Conductas agresivas	Ansiedad/depresión	Problemas de pensamiento
Conductas transgresoras	Aislamiento/depresión	Problemas de atención
	Quejas somáticas	Problemas sociales

4.2.3. Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ, Finkelhor, Hamby, Ormrod, & Turner, 2005)

Este instrumento fue diseñado para evaluar múltiples tipos de victimización, o formas de violencia interpersonal, en los niños, niñas y adolescentes (con edades entre 8 y 17 años), en dos periodos de tiempo, a lo largo de la vida y en el último año. En el presente estudio, se empleó la versión completa de autoinforme del JVQ, la cual está configurada por 36 formas de victimización agrupadas en seis módulos (ver Tabla 6): victimización por delitos comunes (9 ítems), victimización por cuidadores (4 ítems), victimización por iguales y hermanos (6 ítems), victimización sexual (6 ítems), ser testigo/victimización indirecta (9 ítems), y victimización electrónica (2 ítems). Esta versión fue traducida al castellano y catalán por el GReVIA de la Universitat de Barcelona.

Para cada módulo se hacen varias preguntas sobre formas específicas de victimización utilizando un formato de respuesta sí/no, que se califica con un 1 (si la respuesta es positiva) o un 0 (si la respuesta es negativa). A continuación, se enuncian preguntas sobre una variedad de características de la vivencia de victimización, del perpetrador y de la víctima. Asimismo, el JVQ incluye algunas preguntas cerradas de seguimiento (por ejemplo, número de veces que el niño o niña experimentó la victimización, si el joven contó a alguien lo ocurrido, si el niño o niña resultó herido y otras preguntas específicas para cada forma de victimización en particular) dirigidas a clarificar y ampliar las respuestas.

Con respecto a las propiedades psicométricas, la versión original del JVQ ha demostrado buenas propiedades en cuanto a validez y fiabilidad test-retest en muestras de Estados Unidos (Finkelhor et al., 2005b). Su adaptación española también ha mostrado

buenas propiedades psicométricas (Pereda, Gallardo-Pujol, & Guilera, 2016).

El JVQ se ha utilizado anteriormente en España con muestras comunitarias (por ejemplo, Pereda et al., 2014; Soler et al., 2012), y clínicas (Álvarez-Lister, Pereda, Abad, & Guilera, 2014), como también en muestras provenientes del sistema de justicia juvenil (Pereda et al., 2015), y del sistema de protección (Segura et al., 2015). También se ha aplicado en adolescentes con bajo rendimiento académico y problemas psicosociales (Indias & Ochotorena, 2017; Játiva & Cerezo, 2014).

Asimismo, a nivel internacional, numerosos estudios han empleado este instrumento para evaluar las experiencias de victimización como por ejemplo en Suecia (Aho, Gren-Landell, & Svedin, 2014), Gran Bretaña (Radford et al., 2013) Finlandia (Ellonen & Salmi, 2011), Canadá (Cyr et al., 2013), China (Dong et al., 2013), o Vietnam (Le, Holton, Nguyen, Wolfe, & Fisher, 2015), entre otros países.

Tabla 6. *Formas de victimización evaluadas por módulo del JVQ.*

Módulos	Ítems	
C.	Contra la propiedad	Contra su persona
Delitos comunes	C1. Robo	C4. Agresión con arma
	C2. Hurto	C5. Agresión sin arma
	C3. Vandalismo	C6. Intento de agresión
		C8. Secuestro
		C9. Agresión por discriminación
M.	M1. Maltrato físico	
Victimización por cuidadores	M2. Maltrato psicológico o emocional	
	M3. Negligencia	
	M4. Interferencias parentales/secuestro familiar	

P.	P1. Agresión de banda o grupo armado		
Victimización por pares/hermanos	P2. Agresión de pares o hermanos		
	P3. Agresión no sexual genital		
	P4. Intimidación física		
	P5. Agresión verbal o relacional		
	P6. Violencia de pareja		
	S.	Con contacto físico	Sin contacto físico
Victimización sexual	S1. Agresión sexual de adulto conocido	S5. Exhibicionismo	
	S2. Agresión sexual de adulto desconocido	S6. Acoso sexual verbal	
	S3. Agresión sexual de pares o hermanos		
	S4. Violación sexo forzado (intento o cumplido)		
W.	Violencia intrafamiliar	Violencia comunitaria	
Exposición indirecta o ser testigo de violencia	W1. Testigo de violencia entre padres o cuidadores	W3. Agresión con arma	
	W2. Violencia de padres a hermanos	W4. Agresión sin arma	
		W5. Robo en el domicilio familiar	
		W6. Asesinato de familiar o amigo	
		W7. Asesinato	
		W8. Tiroteos o terrorismo	
		W9. Guerra o conflicto étnico	
	INT	Int1. Acoso por Internet	
	Victimización electrónica	Int2. Solicitudes sexuales	

4.2.4. Adolescent Resilience Questionnaire (ARQ; Gartland et al., 2006)

Este instrumento, traducido por el GReVIA de la Universitat de Barcelona, se empleó para evaluar la capacidad de resiliencia. Está basado en el modelo ecológico y pretende evaluar la resiliencia desde una perspectiva multidimensional incluyendo 12 escalas agrupadas en cinco dominios relevantes para los adolescentes (con edades comprendidas entre los 11 y los 19 años) durante los últimos seis meses. El dominio *Individual* (40 ítems) incluye las escalas de Confianza, *Insight* emocional, Cognición negativa, Habilidades sociales y Empatía/tolerancia; los dominios *Familia* (11 ítems) e *Pares/Iguals* (15 ítems), incluyen las escalas de Conectividad y Disponibilidad; el dominio *Escuela* (16 ítems), comprende las escalas de Ambiente de apoyo y Disponibilidad; y, finalmente el dominio *Barrio/Comunidad* (6 ítems) tiene la escala de Disponibilidad. Se ha agregado un nuevo dominio a este estudio, *Tutor o educador del centro* (7 ítems), siguiendo con el modelo teórico que sustenta el test, debido a que los adolescentes que participan en la investigación se encuentran institucionalizados. El instrumento puede ser autoadministrado y tiene 95 ítems, los cuales son puntuados en una escala *Likert* de cinco puntos desde “*casi nunca*” con 1 punto a “*casi siempre*” con 5 puntos. La fiabilidad de la prueba original ha sido presentada por sus autores Gartland et al. (2011) y en el contexto español por Guilera, Pereda, Paños, y Abad (2015). La adaptación al español/catalán del ARQ obtuvo propiedades psicométricas adecuadas, con puntuaciones de fiabilidad de 0,65 para individual 0,82 para la familia, 0,74 para pares/iguales y escuela, y 0,83 por barrio/comunidad. La consistencia interna para el nuevo factor (*tutor o educador del centro*) obtuvo un alfa de Cronbach de 0,87.

Tabla 7. Dominios y escalas de resiliencia ARQ basados en Garland et al. (2011).

Individual	Familia	Pares/Iguals	Escuela	Barrio/Comunidad
Confianza	Conexión	Conexión	Ambiente	Conexión
Insight emocional	Disponibilidad		de apoyo	
Cognición negativa			Conexión	
Habilidades Sociales				
Empatía/tolerancia				

4.3. Procedimiento

La presente Tesis Doctoral se configura a partir de dos estudios de diseño transversal. Se obtuvo la aprobación del estudio por parte del comité de bioética de la Universitat de Barcelona (IRB00003099, ver Anexo II), Departament de Benestar i Família y de la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil. Se han seguido los lineamientos éticos básicos de la Declaración de Helsinki en Seúl (World Medical Association, 2008), por el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña (Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, 2015) y el artículo 131 sobre obligaciones de los ciudadanos y deberes de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (BOE 17.01.96). No se ofreció ayuda financiera ni compensación a los participantes.

Para la selección de los participantes involucrados en el sistema de protección, se contactó inicialmente con 26 centros, de los cuales se reclutaron 18 instalaciones residenciales de corto y largo plazo. Los centros a corto y largo plazo se ocupan de los niños de 3 a 18 años que han sido retirados de sus familias debido a situaciones familiares precarias. Con respecto a los adolescentes involucrados en el sistema de justicia juvenil, se seleccionaron cinco equipos de medio abierto y cinco centros de detención de justicia juvenil. Los adolescentes con problemas cognitivos o de lenguaje fueron excluidos del estudio, dado que se requería que tuvieran la suficiente capacidad como para entender las preguntas de los cuestionarios.

Los cuestionarios fueron aplicados mediante entrevista estructurada e individual entre enero de 2013 hasta diciembre del mismo año. Antes de cada entrevista, se entregó una hoja informativa (ver Anexo III y IV) sobre el estudio y se solicitó el consentimiento informado de los padres y/o tutores legales (ver Anexo V) y el asentimiento informado de los adolescentes (ver Anexo VI). La administración de los cuestionarios se realizó en el siguiente orden: Hoja de datos sociodemográficos, expedientes de medidas de protección o judicial, recursos de resiliencia (ARQ), psicopatología (YSR), experiencias de victimización (JVQ) y, finalmente, una hoja para observaciones e incidentes. El orden de aplicación de los instrumentos ha seguido los protocolos de otros estudios con el fin de reducir la posible interferencia del recuerdo de posibles sucesos traumáticos en las respuestas del sujeto a los otros cuestionarios (Pereda, 2006). Cada entrevista fue conducida por investigadores capacitados en la recopilación de datos sobre la violencia contra los niños (UNICEF, 2012), los cuales firmaron previamente un documento de

confidencialidad (ver Anexo VI).

4.4. Análisis estadístico de los datos

Los análisis fueron llevados a cabo con el programa IBM-SPSS versión 21. Para identificar el grupo de adolescentes polivíctimas en ambos estudios se utilizó el umbral (8 o más victimizaciones) establecido por Pereda et al. (2014) en una muestra de la población general española, para poder comparar la misma cultura, el mismo grupo de edad y el uso del mismo instrumento. En dicho trabajo, el método para identificar al grupo de polivíctimas estuvo basado en los criterios originales propuestos por Finkelhor, Ormrod y Turner (2009), quienes plantearon utilizar como punto de corte del número de victimizaciones a lo largo de la vida el correspondiente al percentil 90. Así, las polivíctimas corresponden a aquellos niños y niñas que se encuentran en el 10% superior de las experiencias de victimización que presenta un determinado grupo.

Concretamente, un primer grupo ha quedado formado por los adolescentes que han sufrido entre 1 y 7 tipos de victimización, y un segundo grupo ha quedado formado por los participantes que han sufrido 8 o más tipos de victimizaciones a lo largo de la vida.

Para el propósito de este estudio, se creó la variable conducta suicida, que se refiere a la presencia de cualquier fenómeno suicida, ya sea ideación suicida o conducta autolesiva o ambas simultáneamente. Por lo tanto, se analizó la tendencia suicida en los últimos seis meses con base en las respuestas a los ítems 18 y 91 del YSR, excluyendo a los adolescentes con datos faltantes en cualquiera de estos ítems (1,3% de la muestra). La ideación suicida (ítem 91) y la conducta autolesiva (ítem 18) se registraron como presentes (puntaje de 1, “algo o algunas veces cierto”, o 2, “muy a menudo o con frecuencia cierto”) o ausentes (puntaje de 0, “de ningún modo”).

4.4.1. Trabajo empírico 1: victimización, polivictimización y conducta suicida

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de los datos, teniendo en cuenta la prevalencia de los seis módulos de victimización y los diferentes tipos de conducta suicida analizados. En segundo lugar, se incluyeron análisis descriptivos de los porcentajes de conducta suicida para cada tipo de experiencia de victimización, incluida la polivictimización. Posteriormente, se comparó la prevalencia de los cuatro indicadores de conducta suicida por género, tipo de centro y país de origen, y, a través de la prueba de Chi-cuadrado (χ^2 , IC: 95% y $p < 0,05$) o la prueba exacta de Fisher (según corresponda)

se determinó la existencia de asociaciones significativas entre estas variables.

Finalmente, se ejecutó un modelo de regresión logística binaria para obtener índices de probabilidad (Odds Ratio, *OR*). Particularmente, se examinó la relación entre polivictimización y conducta suicida. Los análisis de regresión tuvieron el siguiente esquema. En el primer bloque, se introdujeron las variables sociodemográficas (género y edad) y polivictimización (0 = no, 1 = sí); en el segundo bloque, se agregaron los seis módulos de victimización (0 = no, 1 = sí) para establecer si alguno de ellos todavía contribuía de manera específica a la explicación de la conducta suicida, obteniendo además la *OR* con su correspondiente intervalo de confianza (95% IC). La *OR* se consideró estadísticamente significativa cuando su IC no incluyó el valor de 1. El nivel de significación estadística para todos los análisis se estableció en $p < ,05$.

4.4.2. Trabajo empírico 2: polivictimización, resiliencia y conducta suicida

Se realizaron análisis descriptivos de las variables en estudio y se calcularon media, desviación típica, frecuencias y porcentajes de las características psicosociales de la muestra (edad, género, país de origen, tipo de centro, victimización, resiliencia y conducta suicida). Seguidamente, se efectuaron análisis bivariados para analizar la asociación entre el grupo (sin/con conducta suicida), características sociodemográficas y polivictimización mediante la prueba de Chi cuadrado, mientras que la prueba *t* de Student se utilizó en el caso de la edad y los dominios de resiliencia. Posteriormente, se examinó el grado en que la polivictimización (0 = no, 1 = sí) y los factores de resiliencia podían predecir la conducta suicida (cualquier fenómeno suicida) mediante regresión logística, controlando el género (0 = hombre, 1 = mujer) y la edad.

Los análisis de regresión tuvieron el siguiente esquema. En el primer bloque, se introdujeron las variables sociodemográficas (género y edad) y la polivictimización. En el segundo bloque, se agregaron los seis dominios de resiliencia; y, en el tercer bloque, debido a que el factor o dominio Individual fue un factor significativo en el bloque anterior del modelo, los subtipos (es decir, las escalas) que componían este factor se incorporaron en el modelo predictivo. En ambos análisis, los factores de resiliencia y las subescalas se centraron en torno a su media.

Resultados

5. Resultados

A continuación, se mencionan de manera resumida los principales resultados obtenidos en los dos trabajos realizados en formato artículo.

5.1. Trabajo empírico 1: victimización, polivictimización y conducta suicida

1. Los principales hallazgos del siguiente trabajo empírico indicaron que todos los entrevistados manifestaron haber experimentado al menos un tipo de victimización a lo largo de su vida y el 61,7% de la muestra total reportó polivictimización a lo largo de su vida. Destacan el haber sido testigo/haber sufrido victimización indirecta y los delitos comunes como las formas más frecuentes de victimización a lo largo de la vida (93,8% y 91,6%, respectivamente).
2. El 39,6% de los adolescentes informó haber presentado conducta suicida de algún tipo (i.e., ideas suicida o conductas autolesivas) en los seis meses previos a la administración del cuestionario.
3. El 46,4% de las polivíctimas reportó algún fenómeno suicida, y un 60,4% de las víctimas de abuso sexual reportó algún fenómeno suicida.
4. El análisis de regresión logística indicó que las polivíctimas y los jóvenes que han vivido victimización sexual tuvieron dos veces ($OR = 2,13$ y $OR = 2,67$, respectivamente) más probabilidad de reportar conducta suicida que aquellos que han vivido otros tipos de victimización.
5. El género femenino y la participación en el sistema de protección infantil estuvieron significativamente relacionados con la presencia de conducta suicida.

5.2. Trabajo empírico 2: polivictimización, resiliencia y conducta suicida

1. Los hallazgos indican que los jóvenes con conducta suicida presentaron factores de resiliencia significativamente más bajos en diferentes dominios (es decir, individual, familia, pares/iguales, escuela, barrio/comunidad) en comparación con los jóvenes sin presencia de conducta suicida.
2. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos (con/sin conducta suicida) en cuanto al dominio de resiliencia relacionado con el apoyo percibido por parte de los educadores o personal a cargo.
3. No se constataron asociaciones significativas entre las características sociodemográficas (i.e., género, tipo de centro y país de origen) y la conducta suicida, mientras que la polivictimización tuvo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida.
4. De los adolescentes con conducta suicida, el 72,2% eran polivíctimas, mientras que el 45,3% de los adolescentes que sufrieron menos de ocho tipos de victimizaciones no mostraron conducta suicida.
5. Los análisis de regresión logística realizados indicaron que la polivictimización fue un predictor significativo de la conducta suicida, ya que las polivíctimas tenían el doble de probabilidad de presentarla ($OR = 2,13$). En el segundo paso, en el que se agregaron los seis dominios de resiliencia, el dominio individual se asoció estadísticamente con una menor probabilidad de ocurrencia de conducta suicida, explicando una variación adicional significativa en la conducta suicida por encima de las medidas de polivictimización. El análisis en profundidad de los subtipos que componen el dominio individual encontró que la percepción emocional es estadísticamente significativa.

6. Publicaciones

6.1. Trabajo empírico 1: victimización, polivictimización y conducta suicida

Título: Victimization and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems in Spain.

Este estudio fue publicado como: Suárez-Soto, E., Guilera, G. & Pereda, N. (2018). Victimization and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems in Spain. *Children and Youth Services Review*, 91, 383-389.
doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.037

País de Publicación: Reino Unido

Año de publicación: 2018

ISSN: 0190-7409

Editorial: Elsevier

Factor de Impacto (JCR, 2018): 1,684

Cuartil: Q1 Social Work; Q2 Family studies

**Victimization and Suicidality among Adolescents
in Child and Youth-Serving Systems
in Spain**

Abstract

This study assessed the relationship between poly-victimization and suicidality in 227 adolescents involved in child and youth-serving systems (i.e., child welfare and juvenile justice systems) in Spain. The mean age of participants was 15.24 years (SD = 1.56 (range 12 to 17)). The Juvenile Victimization Questionnaire (which includes conventional crime, caregiver victimization, victimization by peers and siblings, sexual victimization, witnessing and indirect victimization, and electronic victimization), and two items from the Youth Self-Report were used to assess victimization and suicidality respectively. Lifetime poly-victimization was reported by 61.7% of the overall sample, and suicidality by 39.6%. The logistic regression analysis indicated that the odds of presenting suicidality were twice as high in the poly-victims (OR = 2.13). Sexual victimization was a statistically significant predictor and was associated with the occurrence of suicidality (OR = 2.67). In view of the high prevalence of victimization and its association with suicidality in this sample, we propose that the assessment of victimization should be included in the design of policies for suicide prevention and intervention.

Key words: victimization; poly-victimization; suicidality; juvenile justice; child welfare system.

Introduction

Suicide is the second leading cause of death for the world's 15- to 29-year olds. Another cause for alarm is that, for every suicide, there are 10 to 20 suicide attempts in all age groups (WHO, 2014). Suicide is the second main cause of death in Spanish youth, after tumors (INE, 2016).

Suicidality (or suicidal behavior) ranges from thoughts or ideas of suicide (suicidal ideation) to death by suicide (Stanley, Winchel, Molcho, Simeon, & Stanley, 1992). Between these two extremes are suicide threats, self-harm, and suicide attempts. This terminology is based on the standard nomenclature proposed by Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner (2007).

Suicidality is more common among youth in the juvenile justice and child welfare systems than in the general population. Evans et al. (2017) meta-analysis estimated that the prevalence of suicidal ideation was 24.7% in children and adolescents in the child welfare system compared to 11.4% in community populations, while the figures for suicide attempts were 3.6% and 0.8% respectively. Similarly, a literature review by Stokes, McCoy, Abram, Byck, & Teplin (2015) among youth in juvenile justice systems found suicidal ideation and behavior to be more prevalent in these young people, who presented higher rates for past-year ideation (19%-32% vs. 15.8%) and past-year attempts (12%-15.5% vs. 7.8%) than the general population.

Other variables such as gender, race/ethnicity, or country of origin have also been related to suicidality. Female gender has been associated with ideation/attempts (Chavira, Accurso, Garland, & Hough, 2010; Wasserman & McReynolds, 2006). Although the results are not conclusive, a statistical significant relation of ideation/attempts in non-Hispanic whites has also been suggested (Stokes et al., 2015). One meta-analysis found that the country of origin has an important role in suicidal behavior: for example, in the United States the association between bullying and suicidal behavior was significantly higher than in other countries (Holt et al., 2015). Significant demographic predictors of suicidal behavior also included affiliation with the public sectors of care (Chavira et al., 2010), and young involved in the child welfare system present higher rates of suicidal behaviors than those in other sectors (e.g., juvenile justice).

Victimization and Suicidality among Adolescents

Recent research suggests that children and adolescents who experience multiple types of victimization, also known as poly-victims, have more adverse consequences than those who experience only one form of victimization (Álvarez-Lister, Pereda, Abad, Guilera, & GReVIA, 2014; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; 2009).

Prior research also indicates that poly-victimization is prevalent among children and adolescents in child services, affecting more than half of the sample in child welfare (Cyr et al., 2012), and one-third in the juvenile justice systems (Ford, Elhai, Connor, & Frueh, 2010).

As mentioned, poly-victimization has been associated with more pronounced adverse mental health outcomes (e.g., Finkelhor et al., 2007; Ford et al., 2010; Ford, Grasso, Hawke, & Chapman, 2013), including suicidal ideation and self-harm/suicidal behavior. Several studies have analyzed the effects of poly-victimization on suicidality in community adolescents from different countries (Chan, 2013; Soler, Segura, Kirchner, & Forns, 2013; Turner, Finkelhor, Shattuck, & Hamby, 2012), but this relationship is yet to be studied extensively in at-risk samples. One article focusing on youth from the juvenile justice system (Ford, Grasso, Hawke, & Chapman, 2013) found that poly-victims were more likely to report suicidal ideation than the moderate and low adversity groups.

As little is known about poly-victimization as a risk factor for suicidality among adolescents in child services, the best available guidance comes from studies with the general youth population. For example, Turner et al. (2012) showed independent effects of peer victimization, sexual assault, and maltreatment on suicidal ideation in a community-based sample of adolescents. The findings showed substantial effects of poly-victimization (exposure to seven or more individual types of victimization) with poly-victims being almost six times more likely to report suicidal ideation. Another study found a significant relation between poly-victimization and suicidality in a community sample of Spanish adolescents (Soler et al., 2013).

Other studies have focused on the effects of a single form of victimization on suicidal behavior. For example, peer victimization has recently become a topic of public concern due to alarming media reports of death by suicide in youth (Geoffroy et al., 2016). An important meta-analysis on this topic found that peer victimization was associated with an increased risk of suicidal ideation and suicide attempts (Holt et al., 2015).

The findings suggest that physical and sexual abuse, as well as emotional maltreatment, are the types of victimization most strongly associated with suicidality (e.g., Bhatta et al., 2014; Chavira et al., 2010; Esposito & Clum, 2002; Rhodes, Bethell, & Tonmyr, 2014; Thompson et al., 2012). Characteristics of the victimization experience, including type, chronicity, and severity have also been associated with suicidality (Taussig, Harpin, & Maguire, 2014).

Other forms of victimization, such as being the victim of a crime, have been less studied in relation to suicidality among adolescents. However, witnessing or indirect victimization has been directly associated with suicidal ideation among adolescents in the juvenile justice system (Ford, Hartman, Hawke, & Chapman, 2008).

Taken together, prior research demonstrates an association between exposure to various types of childhood victimization and suicidal behaviors among adolescents. There are a number of possible explanations for the higher rates of suicidality in youth attended at child services, such as the high number of victimization experiences that they have to cope with (Cyr et al., 2012; Ford et al., 2010), but also the interpersonal theory of suicide, which proposes that people who are not socially integrated and do not have family and/or social support may be at a greater risk of suicide (Van Orden et al., 2010).

To date, studies of children and adolescents in child services are limited and little is known about the impact of poly-victimization on suicidality in this population. To the best of our knowledge, no studies have been conducted in at-risk samples in Spain. Many studies focus only on suicide attempts or death by suicide as outcomes of interest even though suicidal ideation and self-harm behavior are also important outcomes to consider when identifying predictors for suicide.

Aim of the study

The aims of the present study were: first, to examine the relationship between lifetime victimization, poly-victimization, and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems in Spain; second, to explore the association between social and personal characteristics and suicidality, since previous research has found these to be important variables that should be taken into account when studying suicidality in this population (Chavira et al., 2010). We hypothesized that (1) lifetime poly-victimization would be a better predictor of suicidality than specific victimization modules (e.g., sexual victimization, caregiver victimization). In addition, given the prior literature (e.g.,

Chavira et al., 2010; Holt et al., 2015; Rhodes et al., 2014), we hypothesized that (2) peer victimization, sexual victimization, and/or caregiver victimization would increase the risk of suicidality more than other types of victimization (e.g., conventional crime, witnessing victimization), and, (3) differences related to gender, child-service and country of origin would be found in the suicidality groups (e.g., Holt et al., 2015). Regarding suicidality, we expected to find a higher prevalence of suicidal ideation and self-harm behavior in our sample than in adolescents from a community sample (Soler et al., 2013) in the same cultural context and using a similar measurement instrument.

Method

Participants

The total sample comprised 227 adolescents (145 males and 82 females) recruited from two child and youth-serving systems (126 from the child welfare system and 101 from the juvenile justice system) in north-eastern Spain. All participants in the study were between 12 and 17 years of age ($M = 15.26$; $SD = 1.54$). The majority (58.6%) were born in Spain; 18.9% were born in Central or South America, 18.5% in Africa, 3.1% in other European countries, and 0.9% in Asia.

Child welfare system. The initial sample in the child welfare system was composed of 129 adolescents. Three cases were excluded from the study due to the lack of information from any of the questionnaires. Finally, the sample comprised 126 (61 males and 65 females) recruited from 18 residential facilities (13 long-term and 5 short-term).

Juvenile justice system. One hundred and one adolescents were recruited from three detention centers and five open regime centers: 82 males and 19 females (81.2% and 18.8% respectively).

Procedure

A cross-sectional study was conducted and the participants were selected by convenience sampling. This study was carried out at the request of the Department of Social Welfare and Family Affairs and the Department of Justice with the aim of assessing victimization experiences, symptoms of psychopathology and resilience resources in children and youth cared for at these departments. The Institutional Review Board of the University of

Barcelona approved the study, which was carried out in accordance with the basic ethical principles of the Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2008). No financial assistance or compensation was offered to participants.

Twenty-six centers were subsequently contacted by the child welfare systems. From these, 18 short- and long-term residential facilities were recruited. The short- and long-term centers look after children from 3 to 18 years old who have been removed from their homes due to precarious family situations. Due to the large number of protection centers in the region, age and sex sampling criteria were used to pre-select the centers for participation in the study.

For the selection of the participants involved in the juvenile justice system, 5 open-media teams and 5 juvenile justice detention centers were selected. Only two detention centers declined to participate.

The selection of the participants involved in the juvenile justice system were as followed 5 open-media teams and 5 juvenile justice detention centers of these. Only two detention centers declined to participate.

Prior to each interview, informed consent was requested from the adolescents and their parents and / or legal guardians. The interviews were conducted individually and were carried out in rooms provided by the centers. All interviews were conducted in 2013. Adolescents with cognitive or language problems were excluded from the study. Each interview was conducted by a collaborator trained by the research group in development victimology, interviewing techniques, and protocol evaluation (UNICEF, 2012).

Measures

Victimization Experiences. The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ; Finkelhor, Hamby, Ormrod, & Turner, 2005) evaluates 36 different types of victimization against children and youth (between 8 and 17 years old) grouped into six modules: conventional crime (nine items), caregiver victimization (four items), victimization by peers and siblings (six items), sexual victimization (six items), witnessing and indirect victimization (nine items), and electronic victimization (two items). For each item the presence or absence of this victimization experience was scored as 1 or 0 respectively. In the current study, the interview version of the JVQ was translated into Catalan and Spanish and was used to assess victimization over the lifetime. The original version of the JVQ has shown

adequate psychometric properties (Finkelhor et al., 2005). Evidence of the validity of the Spanish/Catalan adaptation of the JVQ has also been reported (Pereda, Gallardo-Pujol, & Guilera, 2016).

Suicidality. Two items from the Youth Self-Report (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001, translated by the Unit of Epidemiology and Diagnosis in Developmental Psychology at the Universitat Autònoma de Barcelona) were used to assess self-harm and suicide ideation respectively: item 18 (“I deliberately try to hurt or kill myself”) and item 91 (“I think about killing myself”). The YSR is a self-report instrument that measures psychological distress in children and adolescents aged between 11 and 18 years. Participants were asked to indicate on a 3-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 2 (very often) how often each of the item statements had happened to them within the last six months. The instrument comprises a list of 119 items that represent emotional and behavioral problems experienced during the last six months, and has been shown to have adequate psychometric properties in different countries (Ivanova et al., 2007), including Spanish samples (Zubeidat, Fernández-Parra, Ortegá, Vallejo, & Sierra, 2009).

Sociodemographic data. Sociodemographic information from participants and their parents (e.g., age, gender, country of birth, and educational level and occupation of parents) was obtained using a data sheet created for this study.

Data analysis

To identify the poly-victim group of adolescents, we applied the original criteria proposed by Finkelhor et al. (2005), who proposed dividing victims into two poly-victimization sub-groups: Low poly-victims (from four to six experiences of victimization) and High poly-victims (with seven or more victimizations). To do this, we used the threshold (8+ victimizations) established by Pereda, Guilera, & Abad (2014) in a Spanish community sample, in order to be able to compare the same culture, the same age group and the use of the same instrument.

Suicidality in the last six months was analyzed based on responses to items 18 and 91 of the YSR, excluding adolescents with missing data on either of these items (1.3% of the sample). Thus, suicidal ideation (item 91) and self-harm behavior, (item 18) were recorded as present (score of 1, “somewhat or sometimes true,” or 2, “very often or often

true”) or absent (score of 0, “not at all”). Additionally, two new variables were created: a) Suicidal ideation and self-harm behavior, identifying adolescents who presented both suicidal ideation and self-harm behavior and b) Suicidality, referred to as the presence of any kind of suicidality, either suicidal ideation or self-harm behavior.

The association between the four suicidality indicators and sociodemographic variables was analyzed using either the Chi-square test or Fisher’s exact test, as appropriate. Subsequently, the extent to which poly-victimization might predict suicidality (any kind of suicidality) was examined by means of logistic regression, controlling for gender and age. In the first step, gender (0 = male, 1 = female), age, and poly-victimization (0 = no, 1 = yes) were entered into the model. In the second step, the six victimization modules (0 = no, 1 = yes) were added to establish whether any of them still contributed to the explanation of suicidality. The data were analyzed using IBM-SPSS 21.

Results

General Characteristics of the Sample

Table 1 shows descriptive statistics for victimization and suicidality. All interviewees had experienced at least one type of victimization in their lifetime. Witnessing/indirect victimization and conventional crimes were the most common forms of lifetime victimization (93.8% and 91.6% respectively).

As for suicidality, 39.6% ($n = 90$) of adolescents reported suicidality of some kind (suicidal ideation or self-harm behavior) in the last six months. Self-harm behavior ($n = 76$; 33.3%) was the most frequently reported type of suicidal behavior; 20.6% reported having thought about suicide (suicidal ideation), and 14.5% reported both phenomena during the last six months.

-Insert Table 1-

Sociodemographic Characteristics by each type of Suicidality

Table 2 presents sociodemographic characteristics of the sample according to each suicidal behavior (i.e., suicidal ideation, self-harm behavior, both of these simultaneously, and any kind of suicidality).

Suicidal ideation was more frequent among adolescents in child welfare (26.2%) than among those in juvenile justice (13.9%). The simultaneous presence of suicidal ideation and self-harm behavior was associated with gender, being more frequent in females (23.2%) than in males (9.7%) and with the type of service, with higher rates observed in adolescents in child welfare (19.8%) than in those in the juvenile justice system (7.9%).

Analyzing this difference by gender and age, suicidal behavior in the juvenile justice system was significantly more frequent in males (64.8%), but in the child welfare system it was more frequent in females (91.7%). In terms of age, suicidal behavior appeared at significantly older ages in the juvenile justice system ($M = 16.08$; $SD = 1.07$) than in the child welfare system ($M = 14.77$; $SD = 1.07$).

-Insert Table 2-

Suicidality according to each type of victimization

Percentages of suicidal behaviors for each type of victimization experience are shown in Table 3. Regardless of the type of victimization suffered, adolescents reported high rates of suicidal ideation (ranging from 20.7% to 24.8%) and even higher rates of self-harm behavior (ranging from 35.2% to 58.5%), in all victimization modules. Sexual victimization presented the highest rates of all suicide behaviors (60.4% reported suicidal ideation or self-harm behavior, and 35.8% both of these simultaneously).

Almost half of the poly-victims reported some form of suicidality, either having deliberately attempted to harm or kill themselves (41.4%) or having thought about committing suicide (24.8%). However, victims of sexual victimization (60.4%) presented higher rates of some form of suicidality than poly-victims (46.4%).

-Insert Table 3-

Association between Interpersonal Victimization and Suicidality

Table 4 shows the results of the regression analyses conducted to examine (1) the relationship between poly-victimization and suicidality, and (2) the relationship between each of the six modules of victimization (e.g., sexual victimization, peer victimization), and the probability of presenting suicidal behaviors. In the first step, results indicated that poly-victimization was a significant predictor (Wald = 6.408; $p = .011$) of suicidality, as poly-victims were twice as likely to present suicidality of some kind ($OR = 2.13$; [1.19, 3.83]; $p < .01$) as adolescents who suffered fewer than eight types of victimizations. In the second step, sexual victimization was a statistically significant predictor (Wald = 6.781; $p = .009$) indicating that it was associated with the occurrence of suicidality ($OR = 2.67$; [1.28, 5.60]). The final model explained 11% of the variance in suicidality (Nagelkerke $R^2 = .106$). The Hosmer–Lemeshow goodness of fit test did not show statistically significant results in either step; this is considered an indicator of good fit.

-Insert Table 4-

Discussion

The main purpose of this study was to assess the relationship between victimization, poly-victimization, and suicidality in adolescents in service systems for children and youth (i.e., child welfare or juvenile justice systems) in Spain. This is one of the few studies to explore suicidality in samples of this kind.

In general, and in line with previous studies performed in juvenile justice (Bratta et al., 2014; Stokes et al., 2015; Wasserman & McReynolds, 2006) and child welfare system samples (Anderson, 2011; Evans et al., 2017; Taussig et al., 2014), our results show that adolescents in child and youth-serving systems present high percentages of suicidal ideation (20.6%) and self-harm behaviors (33.3%). Our rates are comparable to those obtained by Chavira et al. (2010) with a similar sample of adolescents in the US; they found that 28% of participants had thoughts of suicidal ideation and that 20.1% had attempted suicide. Our rates of suicidality were also higher than those recorded in a study with Spanish community adolescents (Soler et al., 2013); using the same instrument, those authors reported a prevalence of 12.5% for suicidal thoughts and one of 11.4% for self-injurious behaviors.

Interestingly, 14.5% of the adolescents in our study reported the presence of both phenomena simultaneously: that is, thinking about committing suicide and trying to self-injure in the last six months. From a clinical point of view, the high presence of suicidal ideation and self-harm behaviors in this study is a matter for concern, because researchers have identified this phenomenon as an escalating behavior in which suicidal ideation and self-harm increase the risk of suicide attempts and later suicide (Stanley et al., 1992).

The higher prevalence of suicidality in the current study may be attributable to higher rates of victimization. In accordance with previous research in samples from the juvenile justice and the child welfare systems (Ford, Grasso, Hawke, & Chapman, 2013; Segura, Pereda, Abad, & Guilera, 2015), the results of our study show that adolescents in these systems tend to experience poly-victimization during their lifetime, given that 61.7% of the sample presented eight or more different kinds of victimization.

Our first hypothesis was that lifetime poly-victimization would be a better predictor of suicidality than specific victimization modules. The results partially confirm this hypothesis, since sexual victimization was also observed to be a significant predictor for suicidality. Finkelhor, Ormrod, & Turner (2009) also stated that sexual victimization makes a substantial contribution to the prediction of symptoms, even after controlling for poly-victimization.

Nevertheless, poly-victimization emerged as a predictor of suicidality, and poly-victims were almost twice as likely to have had thoughts of suicidal ideation and to have engaged in self-harm behavior in the last six months. Authors who have investigated the consequences of poly-victimization have often pointed out that the accumulation of victimizing experiences over the lifetime has a significant impact on mental health (Finkelhor et al., 2009), and may lead to suicidal behavior (Turner et al., 2012). These authors attribute the harmful effect of poly-victimization to the fact that the violence occurs in a variety of contexts and is perpetrated by different people (in contrast to single victimizations). According to Turner et al. (2012), cross-context victimization may also generate deficits in the social and personal resources of adolescents which would normally help to moderate the negative effects of victimization experiences.

Our second hypothesis was that peer victimization, sexual victimization, and/or caregiver victimization would be associated with an increased risk of suicidality than other types of victimization. However, only sexual victimization was significant.

Our study shows that sexual abuse increases the risk of suicidality: that is, adolescents who had been sexually abused were twice as likely to present suicidal

ideation or self-harm behavior as those who had endured other kinds of victimization. It is known that the experience of sexual abuse during childhood is one of the forms of interpersonal victimization most related to the presence of suicide, as rigorous review studies have confirmed. For example, the recent review by Maniglio (2011) found four relevant studies which indicate that sexually abused adolescents were significantly more likely to experience suicidal thoughts and behaviors than other adolescents. A previous review by Evans, Hawton, & Rodham (2005) also suggested that some specific characteristics of sexual abuse are particularly strongly associated with suicidal behavior. It has been established that the risk of suicidal behavior clearly increases in cases of sexual abuse involving contact and penetration, or in cases of intra-family sexual abuse, which has a more unfavorable and long-term impact on the children and increases the risk of suicidal behavior. One explanation for this is that in this situation the child is abused by someone they trust entirely, their caregiver or a figure of attachment. It is thought that this can shake the basic sense of confidence that children have towards themselves and the world (Finkelhor & Browne, 1985), discouraging them from seeking help from others and leading to suicidal behavior (Yang, & Clum, 2000; You, Talbot, He, & Conner, 2012). Another explanation for this association may be the psychosocial outcomes resulting from sexual abuse such as low self-worth and social isolation (Finkelhor & Browne, 1985), which may also make victims of sexual abuse more likely to engage in risky suicidal behaviors.

Although in this study we did not include variables such as the relationship with the perpetrator or chronicity, our findings suggest that sexual abuse, regardless of the type of contact, appears to increase the likelihood of suicidal behavior.

A second objective was to explore the association between social and personal characteristics and suicidality. We expected to find differences according to gender, service, and country of origin in the suicidality groups. The results partially confirm this hypothesis, since only country of origin was not relevant.

In terms of demographic characteristics, our study found a significant relationship between gender and the presence of both suicidal ideation and self-harm behavior simultaneously, with female participants reporting higher percentages than males. As frequently discussed, rates of attempted suicide may be higher in girls, while suicide completions are more frequent in boys (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006). Future research should focus on determining the role of internal factors (i.e., personality,

psychopathological conditions) or external ones (i.e., social support) linked to the increased presence of suicidality separated by gender.

It has been consistently reported that certain ethnic groups exhibit higher levels of suicidality (Stokes et al., 2015). Some studies, however, did not find any association between ethnic group and suicidality (Chavira et al., 2010; Wasserman & McReynolds, 2006). Our study did not find any association between country of origin and overall rate of suicidal behavior. This may be due to the small sample size or to the fact that it was composed predominantly by Spanish participants.

Another relevant result was the significant association between the type of child service system and the presence of suicidality. Adolescents involved in the child welfare system presented higher rates of suicidality than those in the juvenile justice system. This is consistent with the findings of Chavira et al. (2010), who reported that participants involved in juvenile justice presented significantly lower rates of suicidal behavior than those in other sectors (i.e., child welfare, alcohol, and drug services). Among the associated factors observed in our study were gender and age; coinciding with previous reports regarding gender, our adolescents who presented suicidal behavior and were involved in the child welfare system were typically female and young. Other studies also indicate that younger people tend to have more suicidal behavior (e.g., more attempts), while those complete suicide are usually older (Bridge et al., 2006).

Other explanations for these differences include individual psychopathological profiles such as depression, substance abuse/dependence disorders or other mental health problems which may increase the risk of suicidality (Anderson, 2011; Garland, Hough, Yeh, Wood, & Aarons, 2001). An additional explanation may be the length of time spent in these systems, since longer periods have been correlated with increased suicidality (Taussig et al., 2014). Furthermore, studies carried out at child services in Spain (Pereda, Abad, & Guilera, 2015; Segura et al., 2015) suggest that these differences may be due to the fact that youth in the child welfare system suffer victimization (e.g., sexual abuse) at earlier ages than their peers in the juvenile justice system. This suggests that children in child welfare systems are more vulnerable, which may account for the greater presence of suicidality.

Limitations

This study has several limitations that should be borne in mind when interpreting the results. In the first place, the cross-sectional design does not allow us to establish causal relationships between poly-victimization and suicidality. Secondly, because our measure of suicidal ideation and self-harm/suicidal behavior was part of a larger diagnostic module (the YSR), our data are not as comprehensive and detailed as clinical measures of suicidality. Using only a few items from the questionnaire to assess suicidality may have underestimated its prevalence. However, this instrument has previously been used in a study in Spanish adolescents (Soler et al., 2013) and so we are able to compare our results with samples of youth from the general population and the same geographic area.

Despite these limitations, this is the first study to examine the relationship between poly-victimization and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems in Spain, and so we believe that our findings may have significant repercussions for research.

Practical implications

The findings of the present study have some practical implications. Given the clear relationship between multiple experiences of victimization and adolescent suicide ideation and behavior, it is of the utmost importance that professionals assess current and past suicidal ideation and behavior in youth with a history of victimization. Conducting periodic evaluations is an important first step towards prevention, because it is well documented that early suicidal ideation or suicide attempts predict subsequent suicide, and it is essential to intervene as soon as possible (Stanley et al., 1992). More comprehensive prevention programs are also needed in which educators or caregivers are trained to recognize people at risk of suicide, and in which access to potentially lethal objects can be restricted. This preventive training should be provided not only to adults but to adolescents at the center, focusing especially on the ones with a history of poly-victimization. One example of this is the "gatekeeper training" program conducted with representatives of centers, professionals and nonprofessionals, administrative staff, adolescents or parents, which was designed to help adolescents at risk of suicide (Stuart, Waalen, & Haelstromm, 2003).

Research implications

Future research should consider measuring variables that might be involved in the association between experiences of victimization and suicidal behavior (e.g., psychopathology, existing social support, time spent by young people in centers and their modality, among others). It would also be interesting to identify subgroups of victims with different profiles or combinations of experiences of victimization in this risk group, applying a more sophisticated person-centered analytic approach such as latent class analysis.

Conclusions

The current study shows that adolescents in child and youth-serving systems present high percentages of victimization and suicidality. Particular attention should be paid to those who experience poly-victimization, and/or those who have suffered sexual victimization. Females and youths involved in child welfare systems seem to be at the highest risk. Consequently, identifying victimized adolescents among youth in care should be a priority goal of child welfare policies in general and of the efforts to prevent suicide in particular.

References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School. Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Álvarez-Lister, S., Pereda, N., Abad, J., Guilera, G., & GReVIA. (2014). Polyvictimization and its relationship to symptoms of psychopathology in a southern European sample of adolescent outpatients. *Child Abuse & Neglect*, *38*(4), 747-756. doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.005
- Anderson, H. D. (2011). Suicide ideation, depressive symptoms, and out-of-home placement among youth in the US child welfare system. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *40*(6), 790-796. doi.org/10.1080/15374416.2011.614588
- Bratta, M.P., Jefferis, E., Kavadas, A., Alemagno, S. A., & Shaffer-King, P. (2014). Suicidal behaviors among adolescents in juvenile detention: Role of adverse life experiences. *PLoS One*, *9*(2). doi:10.1371/journal.pone.0089408
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(3-4), 372-394. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
- Chan, K. L. (2013). Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: prevalence and associations with health. *Preventive medicine*, *56*(3-4), 207-210. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.12.018
- Chavira, D. A., Accurso, E. C., Garland, A. F., & Hough, R. (2010). Suicidal behavior among youth in five public sectors of care. *Child and Adolescent Mental Health*, *15*(1), 44-51. doi: 10.1111/j.1475-3588.2009.00532.x
- Cyr, K., Chamberland C., Lessard, G., Clément, M. E., Wemmerse, J. A., Collin-Vézina, D., Gagné, M. H., & Damant, D. (2012). Polyvictimization in a child welfare sample of children and youth. *Psychology of violence*, *2*(4), 385-400. doi:10.1037/a0028040
- Esposito, C. L., & Clum, G. A. (2002). Social support and problem-solving as moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality: Applications to a delinquent population. *Journal of Traumatic Stress*, *15*(2), 137-146. doi:10.1023/A:1014860024980
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies. *Child Abuse & Neglect*, *29*, 45-

58. doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.014

- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, 122-129. doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.014
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x.
- Finkelhor, D., Hamby, S., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29, 383-412. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.11.001
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19, 149-166. doi: 10.1017/S0954579407070083
- Ford, J., Elhai, J., Connor, D., & Frueh, C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46, 545-552. doi:10.1016/j.adohealth.2009.11.212
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of polyvictimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33, 403-411. doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012
- Ford, J. D., Grasso, D. J., Hawke, J., & Chapman, J. F. (2013). Poly-victimization among juvenile justice-involved youths. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 788-800. doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.01.005
- Ford, J.D., Hartman, J.K., Hawke, J., & Chapman, J.F. (2008). Traumatic victimization, posttraumatic stress disorder, suicidal ideation and substance abuse risk among juvenile justice-involved youth. *Journal Child Adolescent Trauma*, 1, 75-92.
- Garland, A. F., Hough, R. L., Yeh, M., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2001). Prevalence of Psychiatric Disorders in Youths Across Five Sectors of Care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 409-418. doi.org/10.1097/00004583-200104000-00009

- Geoffroy, M. C., Boivin, M., Arseneault, L., Turecki, G., Vitaro, F., Brendgen, M., ... & Côté, S. M. (2016). Associations between peer victimization and suicidal ideation and suicide attempt during adolescence: Results from a prospective population-based birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(2), 99-105. doi:10.1016/j.jaac.2015.11.010
- Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., ... & Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, peds-2014. doi: 10.1542/peds.2014-1864
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2016). *Estadísticas de Defunción por causa de muerte 2016*. [National Statistics Institute]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Retrieved from www.ine.es
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenburg, N., ... Verhulst, F. C. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 729-738. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.729
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 30-41. doi: 10.1111/j.16000447.2010.01612.x
- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2015). Victimization and polyvictimization of Spanish youth involved in juvenile justice. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-29. doi:10.1177/0886260515597440
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., & Guilera, G. (2016). Good practices in the assessment of victimization: The Spanish adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire from a causal indicators approach. *Psychology of Violence*. doi:10.1037/vio0000075
- Pereda, N., Guilera, G., & Abad, J. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 640-649. doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.09
- Rhodes, A. E., Bethell, J., & Tonmyr, L. (2014). Child sexual abuse and youth suicide: A review of the evidence with implications for future research. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 5(1), 113-130. doi.org/10.18357/ijcyfs.rhodesae.512014

- Segura, A., Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2015). Victimization and polyvictimization among Spanish youth protected by the child welfare system. *Children and Youth Services Review, 59*, 105-112. doi:10.1016/j.chilyouth.2015.10.011
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O' Carroll, P. W., & Joiner, T. E., Jr. (2007). Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 248-263. doi:10.1521/suli.2007.37.3.248
- Soler, L., Segura, A., Kirchner, T., & Forns, M. (2013). Polyvictimization and risk for suicidal phenomena in a community sample of Spanish adolescents. *Violence and Victims, 28*(5), 899-912. doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00103
- Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D., & Stanley, M. (1992). Suicide and the self-harm continuum: phenomenological and biochemical evidence. *International Review of Psychiatry, 4*(2), 149-155. doi.org/10.3109/09540269209066312
- Stokes, M. L., McCoy, K. P., Abram, K. M., Byck, G. R., & Teplin, L. A. (2015). Suicidal ideation and behavior in youth in the juvenile justice system: A review of the literature. *Journal of correctional health care, 21*(3), 222-242. doi: 10.1177/1078345815587001
- Stuart, C., Wallen, J. K., & Haelstromm, E. (2003). Many helping hearts: An evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment. *Death studies, 27*(4), 321-333.
- Taussig, H. N., Harpin, S. B., & Maguire, S. A. (2014). Suicidality among preadolescent maltreated children in foster care. *Child Maltreatment, 19*(1), 17-26. doi.org.sire.ub.edu/10.1177/1077559514525503
- Turner, H. A., Finkelhor, D., Shattuck, A., & Hamby, S. (2012). Recent victimization exposure and suicidal ideation in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 166*(12), 1149-1154. doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1549
- Thompson, R., Proctor, L. J., English, D. J., Dubowitz, H., Narasimhan, S., & Everson, M. D. (2012). Suicidal ideation in adolescence: Examining the role of recent adverse experiences. *Journal of adolescence, 35*(1), 175-186.

- United Nations Children Fund (UNICEF). (2012). *Ethical principles, dilemmas and risks in collecting data on violence against children: A review of available literature*. New York, NY: UNICEF, Statistics and Monitoring Section, Division of Policy and Strategy. Retrieved from http://www.childinfo.org/files/Childprotection_EPDRCLitReview_final_lowres.pdf
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575-600. doi.org/10.1037/a0018697
- Wasserman, G. A. & McReynolds, L. S. (2006), Suicide risk at juvenile justice intake. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*, 239-249. doi:10.1521/suli.2006.36.2.239
- World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- World Medical Association (WMA). (2008). *Ethical principles for medical research involving human subjects*. (adopted by the 59th WMA General Assembly, Seoul, Korea). Retrieved from <http://www.wma.net/>
- Yang, B., & Clum, G. A. (2000). Childhood stress leads to later suicidality via its effects on cognitive functioning. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *30*, 183-198. doi:10.1111/j.1943-278X.2000.tb00985.x
- You, S., Talbot, N. L., He, H., & Conner, K. R. (2012). Emotions and suicidal ideation among depressed women with childhood sexual abuse histories. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *42*, 244-254. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00086.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Ortega, J., Vallejo, M. A., & Sierra, J. C. (2009). Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes españoles a partir del Youth Self-Report/11-18 [Psychosocial and psychopathological characteristics in a sample of Spanish adolescents from the Youth Self-Report/11-18]. *Anales de Psicología*, *25*(1), 60-69. doi:10.6018/analesps.25.1.71501

Table 1. *Descriptive statistics of study variables.*

Variables	<i>n</i>	%
Victimization ^a		
Conventional crime	208	91.6
Caregiver victimization	162	71.4
Peer and sibling victimization	180	79.3
Sexual victimization	53	23.3
Witnessing/indirect victimization	213	93.8
Electronic victimization	83	36.6
Any victimization	227	100
Lifetime poly-victimization	140	61.7
Suicide behavior ^a		
Suicidal ideation	47	20.6
Self-harm behavior	76	33.3
Ideation + Self-harm behavior	33	14.5
Suicidality (any kind of suicidality)	90	39.6

Note. ^a Percentages add up to more than 100 because these categories are not cumulative or mutually exclusive.

Table 2. Sociodemographic characteristics by each suicidality

Variables	Suicidal ideation		Self-harm behavior		Suicidal ideation and Self-harm behavior		Suicidality (Any kind of suicidality)	
	<i>n</i> (%)	Statistic	<i>n</i> (%)	Statistic	<i>n</i> (%)	Statistic	<i>n</i> (%)	Statistic
Gender ^b								
Male (<i>n</i> = 145)	24 (16.6)		44 (30.3)		14 (9.7)		54 (37.2)	
Female (<i>n</i> = 82)	23 (28.0)	$\chi^2(1) = 4.22$	32 (39.0)	$\chi^2(1) = 1.77$	19 (23.2)	$\chi^2(1) = 7.70^{**}$	36 (43.9)	$\chi^2(1) = .971$
Child Services ^b								
Child welfare (<i>n</i> = 126)	33 (26.2)		44 (34.9)		25 (19.8)		52 (41.3)	
Juvenile justice (<i>n</i> = 101)	14 (13.9)	$\chi^2(1) = 5.19^*$	32 (31.7)	$\chi^2(1) = .264$	8 (7.9)	$\chi^2(1) = 6.41^{**}$	38 (37.6)	$\chi^2(1) = .311$
Country of origin								
Spain (<i>n</i> = 133)	26 (19.5)		40 (30.1)		18 (13.5)		48 (36.1)	
Other countries (<i>n</i> = 94)	21 (22.3)	$\chi^2(1) = .261$	36 (38.3)	$\chi^2(1) = 1.67$	15 (16.0)	$\chi^2(1) = .260$	42 (44.7)	$\chi^2(1) = 1.70$

Note. Significance is shown by multiple asterisks $*p < .05$; $**p < .01$. ^b Corrected with the Fisher's exact test for squares 2 x 2.

Table 3. Descriptive statistics (*n* %) for Suicidality for each *JVQ* victimization module.

	Suicidal ideation	Self-harm behavior	Suicidal ideation and Self-harm behavior	Suicidality (Any kind of suicidality)
Victimization modules	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Conventional crime (<i>n</i> = 208)	45 (21.6)	74 (35.6)	32 (15.4)	87 (41.8)
Caregiver victimization (<i>n</i> = 162)	38 (23.5)	58 (35.8)	29 (17.9)	67 (41.4)
Peer and sibling victimization (<i>n</i> = 180)	40 (22.2)	66 (36.7)	30 (16.7)	76 (42.2)
Sexual victimization (<i>n</i> = 53)	38 (23.5)	31 (58.5)	19 (35.8)	32 (60.4)
Witnessing/indirect victimization (<i>n</i> = 213)	44 (20.7)	75 (35.2)	32 (15)	87 (40.8)
Electronic victimization (<i>n</i> = 83)	20 (24.1)	31(37.3)	15 (18.1)	36 (43.4)
Lifetime poly-victimization ^a (<i>n</i> = 140)	35 (24.8)	58 (41.4)	28 (20.0)	65 (46.4)

Note. ^a Based on the criterion of Pereda et al. (2014) for a community sample (8 + for lifetime) recruited in north-eastern Spain.

Table 4. Logistic regression analysis of the relationship between poly-victimization and types of victimization with suicidality.

	Suicidality			
	Wald	<i>p</i>	OR	95% CI
Step 1	Model $\chi^2(3) = 7.847, p < .05$ $R^2 = .046$			
Female gender	.676	.411	1.265	[.722, 2.216]
Age	.004	.949	.994	[.828, 1.194]
Lifetime poly-victimization	6.408	.011	2.130	[1.186, 3.826]
Step 2	Model $\chi^2(9) = 18.511; p < .05$ $\Delta R^2 = .106$			
Female gender	.000	.996	.998	[.516, 1.933]
Age	.054	.816	.978	[.809, 1.182]
Lifetime poly-victimization	.209	.648	1.201	[.547, 2.640]
Conventional crime	2.326	.127	2.846	[.742, 10.918]
Caregiver victimization	.003	.958	1.019	[.516, 2.012]
Peer and sibling victimization	.228	.633	1.224	[.534, 2.807]
Sexual victimization	6.781	.009	2.671	[1.275, 5.597]
Witnessing and indirect victimization	.559	.455	1.720	[.415, 7.134]
Electronic victimization	.002	.961	.985	[.541, 1.793]

Note. OR = odds ratio; CI = confidence interval. In bold, the OR whose confidence intervals did not include the value of 1.

6.2. Trabajo empírico 2: polivictimización, resiliencia y conducta suicida

Título: Poly-victimization, resilience, and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems.

Este estudio fue publicado como: Suárez-Soto, E., Pereda, N., & Guilera, G. (2019). Poly-victimization, resilience, and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems. *Children and Youth Services Review*, 106, 104500. doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104500

País de Publicación: Reino Unido

Año de publicación: 2019

ISSN: 0190-7409

Editorial: Elsevier

Factor de Impacto (JCR, 2018): 1,684

Cuartil: Q1 Social Work; Q2 Family studies

**Poly-victimization, resilience, and suicidality among adolescents
in child and youth-serving systems**

Abstract

Background: Adolescents in child and youth-serving systems often present a high risk of emotional and behavior problems, which may include suicidal behavior. The presence or absence of these problems may be due to personal or contextual factors and the possible protective role that they may exert. Objective: To examine the relationship between poly-victimization, resilience, and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems. Method: Participants and setting: 227 adolescents, aged 12 to 17 years ($M = 15.24$; $SD = 1.56$), recruited from residential centers in Spain or the Spanish juvenile justice system, completed the Juvenile Victimization Questionnaire, the Youth Self-Report, and the Adolescent Resilience Questionnaire for assessment of victimization, suicidality, and resilience respectively. Results: Poly-victimization during lifetime was reported by 61.7% and some kind of suicidality by 39.6% of the total sample. Logistic regression results showed that in the first step, suicidality was twice as likely in poly-victims as in the other respondents ($OR = 2.13$, 95% CI 1.12-3.90, $p = 0.014$). In the second step, the six resilience domains (self, family, peers, school, community and educators) were added. The self-domain emerged as statistically significant; it was associated with a lower probability of the occurrence of suicidality ($OR = 0.32$, 95% CI 0.14-0.70, $p = 0.004$) and explained significant added variance in suicidality over and above the measures of poly-victimization. In depth analysis of the subtypes that make up the self-domain found emotional insight to be statistically significant ($OR = 0.82$, 95% CI 0.73-0.92, $p = 0.001$). Conclusions: The findings highlight the importance of self-resources as a key intervention objective in adolescents with suicidal behaviors and poly-victimization.

Key words: poly-victimization; resilience; suicidality; juvenile justice; child welfare system.

Introduction

Youth interacting with the child and youth-serving systems are at high risk of experiencing adverse outcomes across the suicide continuum, ranging from suicidal ideation to death by suicide (Dore, Aseltine, Franks, & Schultz, 2006). In fact, suicidality among adolescents and young people overall is a substantial public health concern, constituting the second leading cause of death in the world in the 15-29-year age group (WHO, 2014). Meta-analyses have estimated increases of 13.3% for suicidal ideation and 2.8% for suicide attempts among youth in the child welfare system in comparison with the community at large (24.7% vs 11.4%, 3.6% vs 0.8% respectively) (Evans et al., 2017).

A literature review found suicidal ideation and behavior to be more prevalent among youth in juvenile justice systems, who presented higher past-year ideation rates (19%-32% vs. 15.8%) and attempts (12%-15.5% vs. 7.8%) (Stokes, McCoy, Abram, Byck, & Teplin, 2015). Suicidality factors include gender, race/ethnicity, and country of origin. For example, female gender has been associated with more suicide ideation and attempts (Chavira, Accurso, Garland, & Hough, 2010; Wasserman & McReynolds, 2006). A statistically significant but inconclusive relation between ideation/attempts in non-Hispanic whites than in Hispanics and African Americans has been suggested (Stokes et al., 2015). One meta-analysis found that the country of origin played an important role in suicidal behavior. Significant demographic predictors of suicidal behavior also include affiliation with public sectors of care (Chavira et al., 2010) given that youth in the child welfare system have higher suicidal behaviors rates than those in other sectors (e.g., the juvenile justice system). In an effort to understand and prevent suicide in adolescents, researchers have investigated both intrapersonal and interpersonal variables that might be considered risk factors for suicidal behaviors (King & Merchant, 2008; Maniglio, 2011; Van Orden et al., 2010). Among the best-documented findings from research on suicide behavior in adolescence, experiences of victimization stand out.

Poly-victimization, or the experience of different types of interpersonal violence (e.g., violence exerted by caregivers, peers or siblings, or electronic and sexual victimization) over one's lifetime, is known to be closely associated with adverse mental health outcomes (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2009; Ford, Grasso, Hawke, & Chapman, 2013; Ford, Elhai, Connor, & Frueh, 2010), including suicidal ideation and self-harm/suicidal behavior. Children and adolescents in the juvenile justice and child welfare systems have been shown to experience high rates of multiple types of victimization. Cyr,

Chamberland, et al., 2012 found more than half of their child welfare sample to be affected, and Ford et al (2010) found that; one-third of their sample from the juvenile justice system had suffered polyvictimization. These individuals are considered to be at a greater risk of emotional and behavioral problems, which may include suicidal behavior (Kretschmar, Tossone, Butcher, & Flannery, 2016). However, not all young people who have been victims and who are involved in these systems manifest suicidal behavior; some are able to function at adequate or even high levels (DuMont, Widom, & Czaja, 2007; Rutter, 2006), a phenomenon widely known as resilience (Cicchetti, 2013; Gartland, Bond, Olsson, Buzwell, & Sawyer, 2011; Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomás, & Taylor, 2007).

Poly-victimization, resilience and suicidality

“Resilience” is a concept that refers both to healthy functioning after exposure to significant adversity and to the capacities needed to adapt successfully to significant adversity (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Masten, 2011; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003). Resilience is not a static characteristic, but rather a dynamic process that evolves across contexts and throughout a victim’s lifetime (Masten, 2011; Rutter, 2012). Research (Gartland, Bond, Olsson, Buzwell, & Sawyer, 2011; Ungar, 2011) has suggested that both individual (e.g., self-esteem, temperament, social skills) and environmental (e.g., family, peers, school, and community, children and youth services support) factors must be taken into account when studying this phenomenon. Accordingly, the present study conceptualizes resilience as a modifiable state, in which various personal, family, social, and contextual factors can contribute to increasing resistance to mental health problems despite encounters with stressful or adverse events (Gartland et al., 2006, 2011).

Recognizing that factors of vulnerability do not provide a complete explanation for suicidal behavior, some studies have explored resilience factors associated with a reduced likelihood of suicidality (Johnson, Wood, Gooding, Taylor, & Tarrier, 2011; Rutter, Freedenthal, & Osman, 2008). Indeed, factors such as individual characteristics (Deeley & Love, 2013; Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk, & Parker-Morris, 2009), general social support (Joiner et al., 2009; Panagioti, Gooding, Taylor, & Tarrier, 2014), family support (Sharaf, Thompson, & Walsh, 2009), higher peer support (King & Merchant, 2008), and parents’ or guardians’ comprehension of problems and worries

(Cheng et al., 2009) have been shown to lower the risk of adolescent suicidal behavior. More specifically, research has identified a number of resilience factors associated with suicidal behaviors. For example, Osman et al. (2004) hypothesized that positive beliefs concerning emotional stability, social resources and self-esteem would confer resilience to suicide. Other factors include positive-internal attributional style (Chang, Lin, & Lin, 2007; Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk, & Parker-Morris, 2009), optimism about the future (Hirsh et al., 2009), coping and problem solving (Grover et al., 2009), positive emotion self-confidence (Deeley & Love, 2013), and problem-solving confidence (Esposito & Clum, 2002). With regard to the social and family environment, examples of resilience factors include perceived neighborhood support and family coherence (Banyard & Cross, 2008), and positive peer relationships (Esposito & Clum, 2002), can reduce the risk for suicidal behavior. Some researchers have begun to explore the links between poly-victimization experiences, resilience factors, and outcomes. For example, studies conducted in the United States with residential care (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell, & Dageault, 2011) and community adolescent samples (Turner, Shattuck, Finkelhor, & Hamby, 2017) found that experiences of poly-victimization have a negative impact on resilience, reducing both social and personal resources. In Spain, a study conducted by Segura, Pereda, Guilera, and Hamby (2017) examined the role of several resilience resources in the relationship between lifetime victimization and mental health problems in a sample comprising 125 adolescents (51.2% females, aged 12-17 years) from residential care facilities in Catalonia. Poly-victimization was associated with fewer resources and with an increased risk of mental health problems, and the domains self, school, and peer support moderated the relationship between victimization and externalizing symptoms. Adolescents with fewer self-resources and less school support reported more externalizing symptoms; those with more peer support also reported greater externalizing problems. Although these studies contributed important insights into the link between victimization, resilience, and psychopathology, it appears that resilience has not been examined directly in relation to suicidal behavior in adolescents at child and youth-serving systems in Spain. In addition, whereas previous studies have focused on either national samples or a specific subpopulation (e.g., child welfare, juvenile justice-involved youth), the current sample is composed of at-risk youth involved in one or more child-serving systems, including child welfare and juvenile justice. This composition allows for a more comprehensive and inclusive investigation of poly-victimization and suicidal behaviors in a sample of adolescents who are highly vulnerable to victimization.

Furthermore, analyses of resilience factors (such as social and personal resources) increase its applicability to various fields of clinical and social work for understanding victimization and suicide prevention.

Aim of the study

The aims of this study were (a) to examine the relationship between poly-victimization, resilience, and suicidality (suicidal ideation and/or self-harm behavior) among adolescents in child and youth-serving systems in Spain and, (b) to determine the differences between adolescents who had suicidal behaviors in the last 6 months and adolescents who did not in relation to demographic characteristics, poly-victimization and resilience. We hypothesized that: (1) lifetime poly-victimization would be a predictor of suicidality (Soler et al., 2013). Moreover, variables such as social and personal resources would be relevant since they contribute to resilience factors in adolescents with suicidal behaviors (Cheng et al., 2009; Joiner et al., 2009); (2) in the light of the literature (Holt et al., 2015), differences related to socio-demographic variables would be found between adolescents at child and youth-serving systems who had suicidal behaviors and those who did not; and (3) adolescents who had suicidal behaviors would be less resilient than adolescents who did not (Everall, Altrows, & Paulson, 2006; Grover et al., 2009).

Method

Participants

The total sample comprised 227 adolescents (145 males and 82 females) recruited from two children and youth-serving systems (126 from the child welfare system and 101 from the juvenile justice system) in north-eastern Spain. All participants in the study were between 12 and 17 years of age ($M = 15.26$; $SD = 1.54$). The majority (58.6%) were born in Spain, 18.9% were born in Central or South America, 18.5% in Africa, 3.1% in other European countries, and 0.9% in Asia. Almost all participants had contact with their parents (91.6%, $n = 208$); only 8.4% ($n = 19$) reported no contact.

Child welfare system. The initial child welfare system sample comprised 129 adolescents. Three cases were excluded from the study due to the lack of information provided in the questionnaires. Finally, the sample comprised 126 (61 males and 65 females) recruited from 18 residential facilities (13 long-term and 5 short-term).

Juvenile justice system. One hundred and one adolescents were recruited from three detention centers and five open regime centers: 82 males and 19 females (81.2% and 18.8% respectively).

Procedure

A cross-sectional study was conducted and the participants were selected by convenience sampling. This study was carried out at the request of the Department of Social Welfare and Family Affairs and the Department of Justice, during the 2013 calendar year. The Institutional Review Board of the University of Barcelona approved the study, which was carried out in accordance with the basic ethical principles of the Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2008). No financial assistance or compensation was offered to participants.

Twenty-six centers were subsequently contacted by the child welfare systems. From these, 18 short- and long-term residential facilities were recruited. These centers care for children from 3 to 18 years old who have been removed from their homes due to precarious family situations.

For the selection of the participants from the juvenile justice system, five open-media teams and five juvenile justice detention centers were selected. Only two detention centers declined to participate.

Prior to each interview, informed consent was requested from the adolescents and their parents and/or legal guardians. The interviews were conducted individually and were carried out in rooms provided by the centers. All interviews were conducted in 2013. Adolescents with cognitive or language problems were excluded from the study.

Each interview was conducted by a collaborator trained by the research group in developmental victimology and interviewing techniques, and in the administration of the protocol (UNICEF, 2012).

Measures

Sociodemographic data. Sociodemographic information from participants and their parents (e.g., age, gender, country of birth, and educational level and occupation of parents) was obtained using a data sheet created for this study.

Victimization experiences. The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ; Finkelhor, Hamby, Ormrod, & Turner, 2005) is a standard self-report instrument designed to assess

multiple types of victimization against children and youth (aged 8 to 17 years old), in both lifetime and past year time frames. In the present study, we used lifetime polyvictimization. The questionnaire evaluates 36 different types of victimization against children and youth (between 8 and 17 years old) grouped into six modules: conventional crime (nine items), caregiver victimization (four items), victimization by peers and siblings (six), sexual victimization (six), witnessing and indirect victimization (nine), and electronic victimization (two). For each item, the presence or absence of this victimization experience was scored as 1 or 0 respectively. In the current study, the interview version of the JVQ was translated into Catalan and Spanish and was used to assess victimization over the lifetime. The original version of the JVQ has shown adequate psychometric properties (Finkelhor et al., 2005). Evidence of the validity of the Spanish and Catalan adaptation of the JVQ has also been reported (Pereda, Gallardo-Pujol, & Guilera, 2016).

Resilience. The Adolescent Resilience Questionnaire (ARQ; Gartland, Bond, Olsson, Buzwell, & Sawyer, 2006) is a self-report instrument developed to assess individual and environmental factors underlying resilience in adolescents (aged between 11 and 19 years) over the last six months. The questionnaire assesses resilience from a multidimensional perspective including 12 scales grouped into five relevant domains for adolescents: 1) self (i.e., confidence, emotional insight, negative cognition, social skills, and empathy/tolerance scales) (40 items); 2) family (i.e., connectedness and availability) (11 items); 3) peers (i.e., connectedness and availability) (15 items); 4) school (i.e., supportive environment and connectedness) (16 items); and 5) community (i.e., connectedness) (6 items). The instrument comprises 88 items which are responded to on a five-point Likert-type scale from 1 (almost never) to 5 (almost always). The original version (Gartland et al., 2006) and the Spanish and Catalan version (Guilera, Pereda, Paños, & Abad, 2015) of the ARQ have both shown adequate psychometric properties. The domain “educators” was created in previous research by our group (Segura et al., 2017) and in the present study was used to measure perceived support from care workers (7 items). Cronbach’s alpha for the new factor was 0.87. The full scale obtained a reliability of 0.87 (Cronbach's alpha).

Suicidality. Two items from the Youth Self-Report (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001, translated by the Epidemiology and Diagnosis Unit in Developmental Psychology at the Universitat Autònoma de Barcelona) were used to assess self-harm behavior and suicide

ideation respectively: item 18 (“I deliberately try to hurt or kill myself”) and item 91 (“I think about killing myself”). The YSR is a self-report instrument that measures psychological distress in children and adolescents aged between 11 and 18 years. Participants are asked to indicate on a 3-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 2 (very often) how often they had experienced each of the item statements within the last six months. The instrument has been shown to have adequate psychometric properties in different countries (Ivanova et al., 2007), including Spanish samples (Zubeidat, Fernández-Parra, Ortegá, Vallejo, & Sierra, 2009).

Data analysis

To identify the poly-victim group of adolescents, we applied the original criteria proposed by Finkelhor et al. (2005), who suggested dividing victims into two poly-victimization sub-groups: Low poly-victims (from four to six experiences of victimization) and high poly-victims (with seven or more victimizations). To do so, we used the threshold (8+ victimizations) established by Pereda, Guilera, & Abad (2014) in a Spanish community sample, in order to be able to compare the same culture and the same age group and the use of the same instrument.

For the purpose of this study, the variable “suicidality” was created, which refers to the presence of any suicidal phenomena, either suicidal ideation or self-harm behavior. Therefore, suicidality in the last six months was analyzed based on responses to items 18 and 91 of the YSR, excluding adolescents with missing data on either of these items (1.3% of the sample). Suicidal ideation (item 91) and self-harm behavior (item 18) were recorded as present (score of 1, “somewhat or sometimes true,” or 2, “very often or often true”) or absent (score of 0, “not at all”). Thus, the suicidality variable referred to the presence of any kind of suicidality, either suicidal ideation or self-harm behavior.

The association between the group (no suicidality and suicidality) and sociodemographic characteristics and poly-victimization was analyzed using the Chi-square test, while the Student’s *t* test was used in the case of age and domains of resilience. Subsequently, the extent to which poly-victimization and resilience might predict suicidality (any suicidal phenomenon) was examined by means of logistic regression, controlling for gender and age. In the first step, gender (0 = male, 1 = female), age, and poly-victimization (0 = no, 1 = yes) were entered into the model. In the second step, the six resilience domains were added in order to establish which ones mitigate the effects of poly-victimization on suicidality. Because the self-domain was a significant factor in the

predictive model, the subtypes (i.e., the scales) that made up the self-domain were analyzed by means of logistic regression. In both analyses, resilience domains and scales were centered around their means. The data were analyzed using IBM-SPSS 21.

Results

Descriptive statistics of study variables

Table 1 presents descriptive data for sociodemographic variables (i.e., age, gender, child services and country of origin), poly-victimization, resilience factors (i.e., self, family, peers, school, community, and educators) and suicidality. In all, 61.7% ($n = 140$) of the sample presented eight or more different kinds of victimization (i.e., poly-victimization). As for suicidality, 39.6% ($n = 90$) of adolescents reported some kind of suicidal phenomena (i.e., suicidal ideation or self-harm behavior) in the last six months. The scores obtained with the ARQ were moderate in the six resilience factors.

-Insert Table 1-

Sample characteristics of suicidality and no suicidality groups

Table 2 presents sample characteristics and bivariate relationships in youths who did and did not express suicidal behaviors. There were no significant associations between demographic variables and suicidality, while poly-victimization was significantly associated with suicidality ($\chi^2(1) = 7.02, p < .01$). Of adolescents with suicidal behavior, 72.2% were poly-victims, while 45.3% of adolescents who suffered fewer than eight types of victimizations did not show suicidal behavior.

The suicidality group presented lower scores in each resilience domain evaluated than the group without suicidal behaviors. Significant differences were found in almost all domains, including self ($t(223) = 5.04, p < .01$), family ($t(222) = 3.46, p < .01$), peers ($t(223) = 2.20, p < .05$), school ($t(216) = 2.33, p < .05$) and community ($t(221) = 2.91, p < .01$). Moreover, no statistically significant differences were found with respect to the perceived support from educators, tutors or staff at the care service ($t(224) = 0.30; p = .76$), with similar scores in the suicidality and no suicidality groups.

-Insert Table 2-

Relationship between poly-victimization and resilience with suicidality

Table 3 shows the results of the analyses conducted to examine the contribution of personal and social factors (resilience domains) to the explanation of suicidality, with poly-victimization, gender and age included in the model.

In the first step, results indicated that poly-victimization was a significant predictor (Wald = 5.990; $p = .01$) of suicidality, as poly-victims were twice as likely to present suicidality ($OR = 2.13$, 95% CI 1.12-3.90) as adolescents who suffered fewer than eight types of victimization. In the second step, in which the six resilience domains were added, the self-domain emerged as statistically significant (Wald = 8.157; $p < .05$); it was associated with a lower probability of the occurrence of suicidality ($OR = 0.32$, 95% CI 0.14-0.70) and explained significant added variance in suicidality over and above measures of poly-victimization. In-depth analysis of the subtypes that make up the self-domain found emotional insight to be statistically significant ($p < .01$). The final model explained 20% of the variance in suicidality (Nagelkerke $R^2 = .201$). The Hosmer–Lemeshow goodness of fit test did not show statistically significant results in either step, indicating a good fit.

-Insert Table 3-

Discussion

There are four main conclusions to be drawn from the results of this study. First, poly-victimization increases the risk of suicidality. Second, youth with suicidal behaviors presented lower resilience factors in different domains (i.e., self, family, peers, school, community) than youth without these behaviors. Third, resilience factors associated with the individual domain (e.g., emotional insight) provided the most protection against suicidal behaviors. Fourth, our results suggest that suicidal behaviors in adolescents at child and youth-serving systems are not related to sociodemographic variables. The importance of this research derives from the fact that few studies have analyzed the variables of poly-victimization, resilience and suicidal behaviors in high-risk samples such as those at child and youth-serving systems in Spain.

In general, 39.6% of child services adolescents reported suicidality; that is, thinking about committing suicide or trying to self-injure in the last six months. This rate is similar to those in previous studies conducted in similar samples in other western

countries such as the US (Anderson, 2011; Chavira et al., 2010), and higher than those recorded in a study with Spanish community adolescents using a similar methodology (Soler et al., 2013).

Our first hypothesis was that lifetime poly-victimization would be a predictor of suicidality, and that variables such as social and personal resources would be relevant since they contributed to the resilience domain in adolescents with suicidal behaviors. The results partially support these hypotheses.

In the present study, adolescents with a history of poly-victimization exhibited higher levels of suicidal behaviors (i.e., suicidal ideation and self-harm behavior). These findings are consistent with previous research about the negative effects of multiple victimization experiences on the mental health of young people in child and youth-serving systems (Chan, 2013; Ford et al., 2013; Soler et al., 2013; Turner, Finkelhor, Shattuck, & Hamby, 2012), where poly-victimization also emerged as a predictor of suicidality. For example, Turner et al. (2012) showed substantial effects of poly-victimization (exposure to seven or more individual types of victimization), with poly-victims being almost six times more likely to report suicidal ideation. Another study focusing on youth from the juvenile justice system (Ford, Grasso, Hawke, & Chapman, 2013) found that poly-victims were more likely to report suicidal ideation than the moderate and low adversity groups. While poly-victimization cannot be presumed to indicate more than the possibility of suicidality, and should not be considered a substitute for thoughtful assessment of suicide risk, it may provide an efficient basis for targeting at-risk youths for further evaluation of suicidality.

Our results also suggest that resilience factors associated with the individual are the most important for lowering the risk of adolescent suicidal behavior. Consistent with previous studies (Grover et al., 2009; Deeley, & Love, 2013), emotional insight, related to a greater tendency to think things through carefully before making decisions, and positive regulation of emotions were the factors associated with the lower risk of suicidal behaviors. Unlike Esposito & Clum (2002) we did not find that other protective factors related to the social context (i.e., school, peers, educators) were relevant in relation to suicidal behavior.

Violence in the case of poly-victims may occur in various contexts and may be perpetrated by various individuals. This violence rocks the foundations of trust that children and youth have in the world and in the people around them, and discourages them from seeking help and support from others (Turner et al., 2012). This is especially

true of youth in child and youth-serving systems, and it may help to explain why the problems caused by poly-victimization can be alleviated only by the victims themselves. We hypothesize that this mistrust in the world and in others around them creates the feeling that everyone has failed them, and that, as a result, they must use their own resources to ease the burden. Additionally, strengthening community ties by being involved in collective activities would be advisable (e.g., involvement in sports teams), and creating supportive environments in schools.

Another explanation for these findings, already mentioned by other authors, could be that resilience is multifaceted and its individual psychological constructs could confer resistance to specific risk factors. This possibility is backed by evidence demonstrating that certain resilience factors act more effectively as mitigators against specific risk factors than others. For example, general social support seemed to permanently mitigate sexual abuse (Banyard & Cross, 2008) and the capacity to resolve problems seemed to consistently alleviate stressful life events over a long period of time (Grover et al., 2009). However, each of these factors was less effective when the risk factor was changed. In our study, poly-victimization was only mitigated by one specific resilience factor, emotional insight. This finding now needs to be corroborated with longitudinal studies analyzing each one of the resilience domains associated with different types of victimization and poly-victimization.

The secondary hypothesis, namely that differences in sociodemographic variables would be found between adolescents at child and youth-serving systems who had suicidal behaviors and adolescents who did not, was not supported. Previous studies have found that females have higher rates of suicide attempts, while *rates of death by suicide are higher in males* (Chavira, Accurso, Garland, & Hough, 2010; Renaud, Chagnon, Turecki, & Marquette, 2005). Other studies have found that the country of origin (Holt et al., 2015) and contact with public care sectors (Chavira et al., 2010) have an important role in suicidal behavior. The discordance between our study and the specialized literature may be due to our small sample size, which does not allow a better comparison between the two groups (i.e., those with/without suicidal behaviors).

The hypothesis that adolescents with suicidal behaviors would be less resilient than adolescents without was not supported. Previous studies have suggested that individuals with high resilience are able to face a high level of risk without developing suicidal thoughts and behaviors. Although resilience has generally been viewed as a psychological construct, environmental resources such as improved school environments

and academic success have occasionally been included in the concept (Olsson et al., 2003). Our current study using the ARQ can help to identify adolescents who have personal characteristics associated with resilience (confidence, social skills, emotional insight and negative cognition) and who are positively engaged with their family, peers, school and community environments. This instrument can identify adolescents who show poor engagement in all or some of these areas and who may be vulnerable when facing adversity. Our results confirm that children and youth with suicidal behaviors exhibit lower scores for resilience domains. These findings are consistent with previous research on resilience in young people with suicidal behaviors (Everall et al., 2006; Grover et al., 2009). The sole exception was the domain “educators”, since there was no difference in the level of resilience in this domain between the two groups. A possible explanation may be found in previous studies, which have shown that these children and youths continue to be victimized by their parents during visiting days or even by the staff at the centers, even though they are under their guardianship (Cyr et al., 2012; Euser, Alink, Tharner, Van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2014; Segura, Pereda, Abad, & Guilera, 2015). Consequently, we hypothesize that educators may not be perceived by these adolescents as figures of protection. If this is the case, in order to examine further whether resilience may impact suicidal behavior, future studies should apply a longitudinal perspective.

Limitations

Several limitations should be considered when interpreting the results of the study. The first concern refers to the cross-sectional nature of the research, which limits the extent to which findings can be interpreted as evidence of a protective impact of resilience domains. To confirm the presence of this impact, it will be necessary to demonstrate that resilience can predict levels of suicidality over time when controlling for risk factors such as victimization events. Second, the inclusion in the study only of adolescents at risk may limit the generalization of the results to other populations. We also stress that the present sample of participants may differ from those who refused to take part; this possibility cannot be ruled out and should be considered in the interpretation of the results. The third drawback was the use of a measure of suicidal ideation and self-harm/suicidal behavior that is part of a larger screening instrument; using only a few items from the questionnaire to assess suicidality may have underestimated its prevalence. However, this instrument

has previously been used in a study with Spanish adolescents (Soler et al., 2013) and so we were able to compare our results with samples of youth from the general population and the same geographical area. Furthermore, the fact that non-suicidal self-harming behaviors cannot be clearly distinguished from suicidal self-injury behaviors in the YSR item used to assess this aspect should be taken into account when interpreting the results. Whatever the case, there is considerable evidence that many suicide attempts and episodes of deliberate self-harm are important risk factors for death by suicide (Carter, Reith, Whyte, & McPherson, 2005; Stanley et al., 1992). Future research should address this aspect by asking participants specifically about whether they intend to achieve a lethal outcome. Finally, this study did not examine the interaction between the type of specific victimizations (e.g., exerted by caregivers or peers, or sexual victimization) and resilience factors (e.g., family, peer, or school support). The results highlight the need to develop a comprehensive model to integrate different types of resilience factors against suicide risk behaviors.

Practical and research implications

The findings of the present study have some practical implications. Further information is needed to help improve training, increase screening, and raise awareness of poly-victimization among practitioners and those working with children and youth in care services. This strategy would recognize a parallel concept, *poly-strengths*, which captures the number of resources and assets children (and their families) can use to help insulate them from violence or assist in coping and promoting well-being after victimization (see Hamby, Grych, & Banyard, 2018). Consequently, poly-strengths should be assessed in order to obtain an accurate picture of the factors that protect against victimization in children and adolescents.

Greater attention to poly-victimization and resilience factors will help to promote the safety and well-being of adolescents and increase the effectiveness of suicide prevention and intervention strategies.

In the field of suicide prevention, *gatekeepers* are individuals who have primary contact with people at risk for suicide and identify them by recognizing suicidal risk factors (Department of Health and Human Services Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012). Gatekeeper programs provide training in identifying people at high risk for suicide and in referring these people for

treatment or for supporting services, as appropriate. For example, gatekeeper programs in child services could focus on training mentors and staff on suicide prevention, as well as on training adolescents to act as guardians for their partners (e.g., Isaac et al., 2009).

Overall, longitudinal studies are needed in order to provide a prospective evaluation of the impact of resilience factors on suicidal behavior. It would also be interesting to determine whether different resilience domains (i.e., self, family, social support) act differently as protectors against specific risk factors (e.g., sexual abuse, poly-victimization). Despite the non-significant findings for educators' support, future studies might further explore the ways in which educators may promote resilience in youth of these centers.

Conclusions

Adolescent suicide behavior is a serious public health problem. Observing the factors significantly linked to suicidal behavior that either reduce the risk (i.e., the self-resilience domain) or increase it (i.e., poly-victimization) may be particularly useful for the development of measures for suicide prevention. On the whole, the findings presented here suggest that (i) self-resources, and their various facets, represent a key area for further research into suicide resilience, and (ii) aspects of self-resources need to be incorporated into interventions for suicidal behavior in child services. Steps based on these findings should be taken in order to identify adolescents with serious suicidal ideation and to design appropriate interventions.

References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School. Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Anderson, H. D. (2011). Suicide ideation, depressive symptoms, and out-of-home placement among youth in the US child welfare system. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(6), 790-796. doi.org/10.1080/15374416.2011.614588
- Banyard, V. L. & Cross, C. (2008). Consequences of teen dating violence: Understanding intervening variables in ecological context. *Violence Against Women, 14*(9), 998-1013. doi.org/10.1177/1077801208322058
- Carter, G., Reith, D. M., Whyte, I. M., & McPherson, M. (2005). Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *The British Journal of Psychiatry, 186*(3), 253-257. doi.org/10.1192/bjp.186.3.253
- Cicchetti, D. (2013). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children—Past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*, 402–422. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x
- Chan, K. L. (2013). Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: prevalence and associations with health. *Preventive medicine, 56*(3-4), 207-210. doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.12.018
- Chang, H., Lin, M., & Lin, K. (2007). The mediating and moderating roles of the cognitive triad on adolescent suicidal ideation. *Nursing Research, 56*(4), 252-259. doi: 10.1097/01.NNR.0000280611.00997.0e
- Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., ... & Chen, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child: care, health and development, 35*(3), 313-322. doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x
- Chavira, D. A., Accurso, E. C., Garland, A. F., & Hough, R. (2010). Suicidal behavior among youth in five public sectors of care. *Child and Adolescent Mental Health, 15*(1), 44-51. doi: 10.1111/j.1475-3588.2009.00532.x
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigeault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction,*

9(5), 577-589. doi: 10.1007/s11469-011-9323-8

- Cyr, K., Chamberland, C., Lessard, G., Clément, M. E., Wemmerse, J. A., Collin-Vézina, D., ... Damant, D. (2012). Polyvictimization in a child welfare sample of children and youth. *Psychology of violence, 2*(4), 385–400. doi.org/10.1037/a0028040
- Deeley, S. T., & Love, A. W. (2013). Longitudinal analysis of the emotion self-confidence model of suicidal ideation in adolescents. *Advances in Mental Health, 12*(1), 34-45. doi.org/10.5172/jamh.2013.12.1.34
- Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. (2012). *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Washington, DC: HHS. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>
- Dore, M.M., Aseltine, R., Franks, R.P., & Schultz, M. (2006). Endangered Youth: A Report on Suicide Among Adolescents involved with the Child Welfare and Juvenile Justice Systems. The Connecticut Center for Effective Practice (CCEP) of the Child Health and Development Institute (CHDI). Retrieved from <http://dph.illinois.gov/sites/default/files/publications/publicationsohpmpspjj-training-content.pdf>
- DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect, 31*, 255–274. doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.015
- Euser, S., Alink, L. R. A., Tharner, A., Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2014). Out of home placement to promote safety? The prevalence of physical abuse in residential and foster care. *Child and Youth Services Review, 37*, 64-70. doi: 10.1016/j.chilyouth.2013.12.002
- Esposito, C. L. & Clum, G. A. (2002). Social support and problem-solving as moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality: Applications to a delinquent population. *Journal of Traumatic Stress, 15*(2), 137-146. doi.org/10.1023/A:1014860024980
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review, 82*, 122-129.

doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.020

- Everall, R. D., Altrows, K. J., & Paulson, B. L. (2006). Creating a future: A study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counseling & Development, 84*(4), 461-470. doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00430.x
- Finkelhor, D., Hamby, S., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The juvenile victimization questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect, 29*, 383–412. doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.001.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect, 33*, 403–411. doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012.
- Ford, J., Elhai, J., Connor, D., & Frueh, C. (2010). Poly-victimization and risk of post-traumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health, 46*, 545–552. doi.org/10.1016/j.adohealth.2009.11.212.
- Ford, J. D., Grasso, D. J., Hawke, J., & Chapman, J. F. (2013). Poly-victimization among juvenile justice-involved youths. *Child Abuse & Neglect, 37*(10), 788-800. doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.01.005
- Gartland, D., Bond, L., Olsson, C. A., Buzwell, S., & Sawyer, S. M. (2006). *Adolescent Resilience questionnaire*. Centre for Adolescent Health, Royal Children’s Hospital: Melbourne, Australia. Retrieved from www.ahda.org/downloads/ISSBD2006Gartland.pdf
- Gartland, D., Bond, L., Olsson, C.A., Buzwell, S., & Sawyer, S.M. (2011). Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: The Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC Medical Research Methodology, 11* (134). doi:10.1186/1471-2288- 11-134
- Guilera, G., Pereda, N., Paños, A., & Abad, J. (2015). Assessing resilience in adolescence: The Spanish adaptation of the Adolescent Resilience Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes, 1-9*. doi: 10.1186/s12955-015-0259-8
- Grover, K. E., Green, K. L., Pettit, J. W., Monteith, L. L., Garza, M. J., & Venta, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology, 65*(1), 1281-1290. doi.org/10.1002/jclp.20632

- Hamby, S., Grych, J., & Banyard, V. (2018). Resilience portfolios and poly-strengths: Identifying protective factors associated with thriving after adversity. *Psychology of violence, 8*(2), 172. doi.org/10.1037/vio0000135
- Hirsch, J. K., Wolford, K., LaLonde, S. M., Brunk, L., & Parker-Morris, A. (2009). Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 30*(1), 48-53. doi/10.1027/0227-5910.30.1.48
- Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., Degue, S., Matjasko, J. L., ... Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics, 135*(2), 496–509. doi.org/10.1542/peds.2014-1864.
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S.-L., Deane, F. P., Enns, M. W., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(4), 260–268. doi.org/10.1177/070674370905400407
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenburg, N., ... Verhulst, F. C. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 729-738. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.729
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomás, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect, 31*, 231-253. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.03.011
- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical psychology review, 31*(4), 563-591. doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.007
- Joiner, T. E., Jr., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(3), 634-646. doi: 10.1037/a0016500
- Katz, L.Y., Au, W., Singal, D., Brownwell, M., Roos, N., Martens, P.J., Chateau, D., Enns, M.W., Kozyrskvi, A.L., Sareen, J. (2011). Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *CMAJ, 183*, 1977-1981. doi:10.1503 /cmaj.110749

- King, C., & Merchant, C. (2008). Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research, 12*(3), 181-196. doi: 10.1080/13811110802101203
- Kretschmar, J. M., Tossone, K., Butcher, F., & Flannery, D.J. (2016). Patterns of polyvictimization in a sample of at-risk youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 1*-13. doi.org/10.1007/s40653-016-0109-9
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562. doi.org/10.1111/1467-8624.00164
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*, 30-41. doi: 10.1111/j.16000447.2010.01612.x
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and psychopathology, 23*(2), 493-506. doi:10.1017/S0954579411000198
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence, 26*(1), 1-11. doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00118-5
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2004). Suicide resilience inventory-25: Development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports, 94*, 1349-1360. doi.org/10.2466%2Fpr0.94.3c.1349-1360
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., & Guilera, G. (2016). Good practices in the assessment of victimization: The Spanish adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire from a causal indicators approach. *Psychology of Violence. doi:10.1037/vio0000075*
- Pereda, N., Guilera, G., & Abad, J. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse & Neglect, 38*(4), 640-649. doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.09
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2014). Perceived social support buffers the impact of PTSD symptoms on suicidal behavior: Implications into suicide resilience research. *Comprehensive psychiatry, 55*(1), 104-112. doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.004
- Renaud, J., Chagnon, F., Turecki, G., & Marquette, C. (2005). Completed suicides in a

- youth centres population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(11), 690–694. doi.org/10.1177/070674370505001108
- Rutter, M. (2006). The Promotion of Resilience in the Face of Adversity. In A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Eds.), *The Jacobs Foundation series on adolescence. Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 26-52). New York, NY, US: Cambridge University Press. doi.org/10.1017/CBO9780511616259.003
- Rutter, P.A., Freedenthal, S., & Osman, A. (2008). Assessing protection from suicidal risk: Psychometric properties of the Suicide Resilience Inventory. *Death Studies*, 32(2), 142-153. doi.org/10.1080/07481180701801295
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335–344. doi.org/10.1017/S0954579412000028
- Segura, A., Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2015). Victimization and polyvictimization among Spanish youth protected by the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 59, 105-112. doi:10.1016/j.chilyouth.2015.10.011
- Segura, A., Pereda, N., Guilera, G., & Hamby, S. (2017). Resilience and psychopathology among victimized youth in residential care. *Child abuse & neglect*, 72, 301-311. doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.019
- Soler, L., Segura, A., Kirchner, T., & Forn, M. (2013). Polyvictimization and risk for suicidal phenomena in a community sample of Spanish adolescents. *Violence and Victims*, 28(5), 899-912. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-12-00103
- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A., & Walsh, E. (2009). Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 160-168. doi.org/10.1111/j.1744-6171.2009.00194.x
- Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D., & Stanley, M. (1992). Suicide and the self-harm continuum: phenomenological and biochemical evidence. *International Review of Psychiatry*, 4(2), 149-155. doi.org/10.3109/09540269209066312
- Stokes, M. L., McCoy, K. P., Abram, K. M., Byck, G. R., & Teplin, L. A. (2015). Suicidal ideation and behavior in youth in the juvenile justice system: A review of the literature. *Journal of correctional health care*, 21(3), 222-242. doi: 10.1177/1078345815587001

- Turner, H. A., Finkelhor, D., Shattuck, A., & Hamby, S. (2012). Recent victimization exposure and suicidal ideation in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *166*(12), 1149-1154. doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1549
- Turner, H. A., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2017). Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. *Journal of interpersonal violence*, *32*(5), 755-780. doi.org/10.1177/0886260515586376
- United Nations Children Fund (UNICEF). (2012). *Ethical principles, dilemmas and risks in collecting data on violence against children: A review of available literature*. New York, NY: UNICEF, Statistics and Monitoring Section, Division of Policy and Strategy. Retrieved from http://www.childinfo.org/files/Childprotection_EPDRCLitReview_final_lowres.pdf
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, *81*(1), 1–17. doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018697>.
- Wasserman, G. A., & McReynolds, L. S. (2006). Suicide risk at juvenile justice intake. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*(2), 239-249. doi.org/10.1521/suli.2006.36.2.239.
- World Medical Association (WMA). (2008). *Ethical principles for medical research involving human subjects*. (adopted by the 59th WMA General Assembly, Seoul, Korea). Retrieved from <http://www.wma.net/>
- World Health Organization (WHO). (2014). Preventing suicide: A global imperative. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Ortega, J., Vallejo, M. A., & Sierra, J. C. (2009). Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes españoles a partir del Youth Self-Report/11-18 [Psychosocial and psychopathological characteristics in a sample of Spanish adolescents from the Youth Self-Report/11-18]. *Anales de Psicología*, *25*(1), 60-69. doi:10.6018/analesps.25.1.71501

Table 1. *Descriptive statistics of study variables*

Characteristics	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range (Minimum-Maximum)
Age	227	100	15.26	1.54	5 (12-17)
Gender					
Male	145	63.9			
Female	82	36.1			
Child Services					
Child welfare	126	55.5			
Juvenile justice	101	44.5			
Country of origin					
Spain	133	58.6			
Other countries	94	41.4			
Lifetime poly-victimization					
No	87	38.3			
Yes	140	61.7			
Resilience					
Self	225	99.1	3.24	0.46	2.30 (2.08-4.38)
Family	224	98.6	3.39	0.99	3.82 (1.18-5.00)
Peers	225	99.1	3.79	0.64	3.00 (2.00–5.00)
School	218	96.0	3.41	0.76	3.63 (1.19-4.81)
Community	223	98.2	3.22	1.02	4.00 (1.00-5.00)
Educators	226	99.5	4.00	0.94	4.00 (1.00-5.00)
Suicidality					
No	137	60.4			
Yes	90	39.6			

Table 2. *Sample characteristics for Suicidality Group and for No Suicidality Group*

Characteristics	No Suicidality (<i>n</i> = 137)		Suicidality (<i>n</i> = 90)		Statistic	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	$\chi^2(df)$	<i>p</i>
Gender						
Male	91	66.4	54	60.0	0.97(1)	.324
Female	46	33.6	36	40.0		
Child Services						
Child welfare	74	54.0	52	57.8	0.31(1)	.577
Juvenile justice	63	46.0	38	42.2		
Country of origin ^a						
Spain	85	62.6	48	53.3	1.70(1)	.192
Other countries	52	38.0	42	46.7		
Lifetime poly-victimization						
No	62	45.3	25	27.8	7.02(1)	.001
Yes	75	54.7	65	72.2		
		<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>	<i>t(df)</i>	<i>p</i>
Age	15.23	(1.60)	15.32	(1.44)	0.46 (225)	.647
Self	3.36	(0.41)	3.06	(0.46)	5.04 (223)	< .001
Family	3.57	(0.91)	3.12	(1.05)	3.46 (222)	.001
Peers	3.86	(0.61)	3.67	(0.68)	2.20 (223)	.033
School	3.50	(0.73)	3.26	(0.78)	2.33 (216)	.021
Community	3.38	(0.97)	2.97	(1.05)	2.91 (221)	< .001
Educators	4.01	(0.96)	3.98	(0.92)	0.30 (224)	.761

Table 3. Logistic regression analysis of the relationship between poly-victimization and resilience with suicidality

Variables	β	$se(\beta)$	p	OR	95% CI
Step 1					
Model $\chi^2(3) = 7.829, p < .05$ $R^2 = 0.05$					
Constant	0.651				
Female gender	0.31	0.29	.286	1.37	[0.77-2.43]
Age	-0.03	0.09	.772	0.97	[0.81-1.12]
Lifetime poly-victimization	0.76	0.31	.014	2.13	[1.12-3.90]
Step 2 (resilience domains)					
Model $\chi^2(9) = 34.334, p < .05$ $R^2 = 0.20$					
Constant	1.478				
Female gender	-0.08	0.33	.801	0.92	[0.48-1.76]
Age	0.05	0.11	.635	1.05	[0.85-1.30]
Lifetime poly-victimization	0.32	0.34	.349	1.38	[0.71-2.68]
Self	-1.15	0.40	.004	0.32	[0.14-0.70]
Family	-0.27	0.17	.109	0.76	[0.55-1.06]
Peers	-0.18	0.26	.481	0.83	[0.50-1.38]
School	-0.27	0.23	.247	0.77	[0.49-1.20]
Community	-0.21	0.16	.197	0.81	[0.60-1.11]
Educators	0.22	0.19	.238	1.25	[0.86-1.81]
Step 2 (self)					
Model $\chi^2(8) = 36.644, p < .05$ $R^2 = 0.34$					
Constant	2.182				
Female gender	1.13	0.47	.016	3.11	[1.23-7.82]
Age	0.03	0.15	.827	1.03	[0.76-1.39]
Lifetime poly-victimization	1.19	0.46	.009	3.30	[1.35-8.09]
Confidence	-0.04	0.06	.541	0.97	[0.86-1.08]
Emotional insight	-0.20	0.06	.001	0.82	[0.72-0.91]
Negative cognition	-0.06	0.06	.310	0.94	[0.84-1.05]
Social skills	0.08	0.05	.117	1.09	[0.98-1.20]
Empathy/tolerance	0.02	0.05	.755	1.02	[0.92-1.12]

Note. The resilience domains were centered around their means.

Discusión

7. Discusión

En esta Tesis Doctoral se ha obtenido evidencia empírica de la relación entre la polivictimización a lo largo de la vida, la resiliencia y la conducta suicida en adolescentes implicados en el sistema de protección y de justicia juvenil. Concretamente, los resultados permiten valorar el rol de las experiencias de victimización en la conducta suicida y su relación con factores personales, sociales y contextuales vinculados a la resiliencia.

El presente estudio es uno de los escasos trabajos internacionales, y el primero a nivel nacional, que presenta datos relativos a la acumulación de situaciones de victimización y conducta suicida en un contexto muy específico, como es la población de adolescentes atendidos por el sistema de protección y de justicia juvenil.

El primer trabajo empírico que conforma esta tesis pone de manifiesto que la totalidad de los adolescentes de la muestra ha vivido algún tipo de victimización a lo largo de su vida, siendo este porcentaje superior al encontrado con el mismo instrumento en muestras de la población general en los Estados Unidos (79,6%) (Finkelhor et al., 2009) y España (83,0%) (Pereda et al., 2014). A su vez, y de acuerdo con investigaciones anteriores en muestras de justicia juvenil y protección infantil (Ford et al., 2013; Segura et al., 2015), los resultados de nuestro estudio muestran que los adolescentes en estos sistemas tienden a experimentar polivictimización a lo largo de su vida, dado que el 61,7% de la muestra presentó ocho o más tipos diferentes de victimización. Estos resultados confirman la elevada exposición a violencia de estos adolescentes, que debe ser tomada en cuenta en programas de prevención e intervención por parte de los profesionales implicados en su tratamiento.

Con respecto a la conducta suicida en general, y en línea con otros estudios previos realizados en el ámbito de la justicia juvenil (Bratta et al., 2014; Stokes et al., 2015; Wasserman & McReynolds, 2006), así como en muestras del sistema de protección infantil (Anderson, 2011; Evans et al., 2017; Taussig, Harpin, & Maguire, 2014), nuestros resultados indican que los adolescentes en estos centros presentan altos porcentajes de ideación suicida (20,6%) y conductas de autolesión (33,3%). Nuestras tasas son comparables a las obtenidas por Chavira et al. (2010) con una muestra similar (i.e., sistema de protección, justicia juvenil, educación) de adolescentes en los Estados Unidos. Estos autores encontraron que el 28% de los participantes tenían pensamientos de ideación suicida y que el 20,1% había intentado suicidarse. Sin embargo, nuestras tasas de suicidio fueron más altas que las registradas en un estudio con adolescentes españoles de la población general (Soler et al., 2013), utilizando el mismo instrumento. En este

estudio los autores informaron de una prevalencia del 12,5% para los pensamientos suicidas y una del 11,4% para las conductas autolesivas. De nuevo, se confirma el elevado riesgo de conducta suicida en estos colectivos, al ser comparados con una muestra de jóvenes del mismo contexto cultural.

El 14,5% de los adolescentes del presente estudio informaron de ambos fenómenos simultáneamente: es decir, pensar en suicidarse y haberse autolesionado en los últimos seis meses. Desde un punto de vista clínico, la alta presencia de ideas suicidas y conductas de autolesión son preocupantes, debido que varios investigadores han identificado este fenómeno como un comportamiento en aumento en el que la ideación suicida y las autolesiones aumentan el riesgo de intentos de suicidio y suicidio posterior (Klonsky & May, 2014; Klonsky et al., 2016). La heterogeneidad en las tasas encontrada en los diversos estudios, tal vez se deba, entre otros aspectos, al instrumento de medida y criterio estadístico utilizado para definir la conducta suicida, aspectos que influyen claramente en las tasas de prevalencia encontradas. En términos generales, muchos de los comportamientos suicidas referidos por la población general adolescente, y no en los sistemas asistenciales, se encuentran ocultos, sólo llegando al sistema sanitario la «punta del iceberg», y existiendo, posiblemente, una clara infraestimación de este fenómeno (Geulayov et al., 2018).

Un segundo objetivo del trabajo empírico 1, fue explorar la asociación entre las características sociodemográficas (sociales y personales) y la conducta suicida. Se esperaba encontrar diferencias según el género, tipo de servicio y país de origen entre los grupos de suicidio. Los resultados confirman parcialmente esta hipótesis ya que, de entre las tres variables, el país de origen no resultó ser relevante.

En términos de características demográficas, nuestro estudio encontró una relación significativa entre el género y la presencia de ideación suicida y conducta autolesiva al mismo tiempo, con participantes femeninas que informaron porcentajes más altos que los hombres. Como se discute con frecuencia, las tasas de intento de suicidio pueden ser más altas en las mujeres, mientras que la muerte por suicidio es más frecuente en los hombres (Bridge et al., 2006). Las investigaciones futuras deberían centrarse en determinar el papel de los factores internos (es decir, la personalidad, las condiciones psicopatológicas) y externos (es decir, el apoyo social) relacionados con el aumento del suicidio de acuerdo al género.

A su vez, se ha informado sistemáticamente que ciertos grupos étnicos exhiben niveles más altos de suicidio (Stokes et al., 2015). Sin embargo, algunos estudios no han encontrado ninguna asociación entre el grupo étnico y el suicidio (Chavira et al., 2010; Wasserman & McReynolds, 2006). Nuestro estudio tampoco encontró ninguna asociación entre el país de origen y la tasa general de comportamiento suicida. Esto puede deberse al pequeño tamaño de la muestra o al hecho de que estaba compuesto principalmente por participantes de origen autóctono.

Otro resultado relevante del trabajo empírico 1 fue la asociación significativa entre el tipo de institución y la presencia de conducta suicida. Los adolescentes involucrados en el sistema de protección infantil presentaron tasas más altas de conducta suicida que aquellos en el sistema de justicia juvenil. Esto es consistente con los hallazgos de Chavira et al. (2010), quienes informaron que los participantes involucrados en la justicia juvenil presentaron tasas significativamente más bajas de comportamiento suicida que los de otros sectores (es decir, servicios de protección infantil, servicios de salud).

Entre las posibles explicaciones de porqué existe un mayor reporte de conducta suicida entre los adolescentes que estaban involucrados en el sistema de protección infantil, puede ser su conformación, dado que eran mayoritariamente mujeres y de edades menores. Anteriormente, ya se ha comentado la importancia del género en el perfil de las personas que presentan conducta suicida, así que este factor podría ser una explicación. Otros estudios también indican que las personas más jóvenes tienden a tener mayor riesgo de conducta suicida (por ejemplo, más intentos), mientras que los que mueren por suicidio, suelen ser de mayor edad (Bridge et al., 2006). Otras explicaciones para estas diferencias incluyen los perfiles psicopatológicos individuales, como depresión, trastornos por dependencia/abuso de sustancias u otros problemas de salud mental, que pueden aumentar el riesgo de suicidio (Anderson, 2011; Garland, Hough, Yeh, Wood, & Aarons, 2001); sin embargo, en nuestro estudio no fue considerada esta variable.

Una explicación adicional podría ser el tiempo de permanencia en estos centros, debido a que los períodos más largos de tiempo se han correlacionado con un aumento de las tendencias suicidas (Taussig et al., 2014). Además, los estudios realizados en servicios infantiles en Catalunya (Pereda et al., 2015; Segura et al., 2015) sugieren que estas diferencias pueden deberse al hecho de que los jóvenes en el sistema de protección infantil viven experiencias de victimización (por ejemplo, abuso sexual) a edades más tempranas que sus pares en el sistema de justicia juvenil. Esto sugiere que los niños en los sistemas de protección infantil son más vulnerables, lo que podría explicar la mayor presencia de

conducta suicida.

Curiosamente, se observó que sólo la victimización sexual fue significativa. Una de las hipótesis planteada en el primer estudio fue que la victimización entre pares, la victimización sexual y/o la victimización por parte de cuidadores se asociarían con un mayor riesgo de suicidio que otros tipos de victimización. Sin embargo, en nuestro estudio se evidencia que, de los tipos específicos de victimización, únicamente la victimización sexual aumenta el riesgo de conducta suicida: es decir, los adolescentes que habían sido abusados sexualmente tenían el doble de probabilidad de presentar ideación suicida o un comportamiento de autolesión que aquellos que habían sufrido otros tipos de victimizaciones. Se sabe que la experiencia de abuso sexual durante la niñez es una de las formas de victimización interpersonal más relacionada con la presencia de suicidio, como lo han confirmado rigurosos estudios de revisión. Por ejemplo, la reciente revisión de Maniglio (2011) encontró cuatro estudios relevantes que indican que los adolescentes abusados sexualmente tenían una probabilidad significativamente mayor de experimentar pensamientos y comportamientos suicidas que otros adolescentes. Una revisión previa de Evans et al. (2005) también sugiere que algunas características específicas del abuso sexual están particularmente asociadas a la conducta suicida, evidenciando un aumento en el riesgo, en los casos de abuso sexual que involucran contacto y penetración, o en casos de abuso sexual intrafamiliar. Una explicación para esto es que en esta situación el niño o niña es agredido por alguien en quién confía, su cuidador o una figura de apego. Se cree que esto puede sacudir el sentido básico de confianza que los niños tienen hacia sí mismos y hacia el mundo (Finkelhor & Browne, 1985), desalentándolos en la búsqueda de ayuda, favoreciendo el desarrollo de problemas emocionales o psicológicos que pueden conducir a la conducta suicida (Yang & Clum, 2000; You, Talbot, He, & Conner, 2012). Otra explicación para esta asociación puede estar vinculada a los resultados psicosociales derivados del abuso sexual, como la baja autoestima y el aislamiento social (Finkelhor & Browne, 1985), que también pueden hacer que las víctimas de abuso sexual tengan una mayor probabilidad de presentar algún tipo de conducta suicida. Aunque en este estudio no incluimos variables como la relación con el perpetrador o la cronicidad, nuestros hallazgos sugieren que el abuso sexual, independientemente del tipo de contacto, parece aumentar la probabilidad de conducta suicida.

Por otro parte, en ambos trabajos que componen esta Tesis Doctoral, los adolescentes con historial de polivictimización exhibieron mayor riesgo de conducta suicida (es decir, ideación suicida y conducta de autolesión). Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas sobre los efectos negativos de las experiencias de victimización múltiple en la salud mental de los jóvenes en estos sistemas de atención (Chan, 2013; Ford et al., 2013; Soler et al., 2013; Turner et al., 2012), donde la polivictimización también ha surgido como un predictor de conducta suicida. Por ejemplo, Turner et al. (2012) mostraron efectos sustanciales de la polivictimización, siendo las polivíctimas casi seis veces más propensas a reportar ideas suicidas. Otro estudio que se centró en los jóvenes del sistema de justicia juvenil (Ford et al., 2013) encontró que las polivíctimas eran más propensas a informar ideas suicidas que los grupos de adversidad moderada y baja. Si bien no se puede presumir que la polivictimización indica directamente posibilidad de suicidio, y tampoco debe substituir la evaluación del riesgo de suicidio, sí puede proporcionar una base eficiente para detectar a aquellos jóvenes con un mayor riesgo, para así poder hacer una evaluación adicional de la conducta suicida.

Nuestros resultados obtenidos en el trabajo empírico 2 también sugieren que los factores de resiliencia asociados con el individuo son los más importantes para reducir el riesgo de conducta suicida en este grupo de adolescentes. De acuerdo con estudios previos (Deeley & Love, 2013; Grover et al., 2009), la percepción emocional, relacionada con una mayor tendencia a pensar las cosas cuidadosamente antes de tomar decisiones, y la regulación positiva de las emociones fueron los factores asociados con el bajo riesgo de conducta suicida. A diferencia de Esposito y Clum (2002), no encontramos que otros factores de resiliencia relacionados con el contexto social (es decir, la escuela, los pares o el soporte por parte de los educadores) fueran relevantes en relación con la conducta suicida. Una de las explicaciones posible a este resultado, podría ser que la violencia en el caso de las polivíctimas ocurre en varios contextos y puede ser perpetrada por varias personas. Esta violencia es la base de la desconfianza que los niños y jóvenes tienen en el mundo y en las personas que los rodean y que, por tanto, los disuade de buscar ayuda y apoyo de otros (Turner et al., 2012), tal como se ha mencionado anteriormente. Esto es especialmente cierto para los jóvenes en los sistemas de atención infantil y juvenil, y en justicia juvenil. Suponemos que esta desconfianza en el mundo y en los demás a su alrededor crea la sensación de que todos les han fallado y que, como resultado, deben usar sus propios recursos para aliviar la carga dado que, en nuestro estudio, sólo fue relevante

en la disminución del riesgo en la conducta suicida, un factor de resiliencia específico: la percepción emocional. Así pues, para fortalecer los lazos comunitarios, sería aconsejable favorecer la participación de estos jóvenes en actividades colectivas (por ejemplo, en equipos deportivos) y crear entornos de apoyo en las escuelas.

Otra explicación para estos hallazgos, ya mencionados por otros autores, podría ser que la resiliencia es multifacética y sus construcciones psicológicas individuales podrían conferir resistencia a factores de riesgo específicos. Esta explicación está respaldada por evidencias que demuestran que ciertos factores de resiliencia actúan más eficazmente como mitigadores contra factores de riesgo específicos. Por ejemplo, el apoyo social general parece mitigar el malestar vinculado al abuso sexual (Banyard & Cross, 2008) y la capacidad de resolver problemas parece aliviar consistentemente el estrés generado por los acontecimientos vitales adversos (Grover et al., 2009). Sin embargo, cada uno de estos factores de resiliencia fueron menos efectivos cuando se cambió el factor de riesgo. Sería interesante corroborar lo anterior con estudios longitudinales que analicen cada uno de los dominios de la resiliencia asociados con tipos específicos de victimización y polivictimización.

Al centrarnos en las diferencias específicas entre los dos grupos, es decir, adolescentes con conducta suicida y aquellos sin estos comportamientos, observamos que no existen diferencias significativas en las características sociodemográficas. Esto puede deberse al tamaño reducido de la muestra, que no permite una mejor comparación entre los dos grupos. También analizamos si existían diferencias entre ambos grupos en cuanto a los dominios de resiliencia. Nuestros resultados confirman que los niños, niñas y jóvenes con conducta suicida exhiben puntajes más bajos en la mayoría de los dominios de resiliencia. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas sobre resiliencia en jóvenes con conducta suicida (Everall et al., 2006; Grover et al., 2009). La única excepción fue el dominio relacionado a la percepción del soporte por parte de los educadores o personal a cargo, dado que no hubo diferencias entre los dos grupos. Se puede encontrar una posible explicación en estudios anteriores, que han demostrado que estos niños, niñas y jóvenes continúan siendo víctimas de sus padres durante los días de visita o incluso por parte del personal de los centros, a pesar de que están bajo tutela (Cyr et al., 2012; Euser, Alink, Tharner, Van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2014; Segura et al., 2015).

Es, por lo tanto, necesario que los profesionales que trabajan con el colectivo de niños, niñas y jóvenes en centros de protección o con medidas de libertad vigilada tengan

conocimiento de su realidad, y que sepan detectar y ayuden a desarrollar sus recursos, personales y del entorno, para favorecer un desarrollo adecuado que facilite el establecimiento de nuevos vínculos con figuras referentes y un mejor desarrollo emocional en general. En este sentido, la promoción de aquellos factores de resiliencia que presente el niño o joven víctima de violencia es una labor imprescindible por parte de los profesionales o personal a cargo que tienen que contribuir a una mejor calidad de vida y adecuado desarrollo de este colectivo.

Fortalezas y limitaciones

8. Fortalezas y limitaciones

8.1. Fortalezas

La primera fortaleza de esta Tesis Doctoral que cabe destacar es haber centrado el estudio de la conducta suicida en una muestra altamente vulnerable en términos de victimización, como lo son los jóvenes tutelados por el sistema de protección y atendidos por el sistema de justicia juvenil en Catalunya. Particularmente, los jóvenes con medidas privativas de libertad son un grupo de alto riesgo que en muy escasas ocasiones ha sido incluido en los estudios de victimización infanto-juvenil, a pesar de que la literatura indica, como ya se ha expuesto, que presentan elevados porcentajes de victimización y trastornos psicopatológicos. Se valora positivamente la participación de estos jóvenes en este estudio, por el hecho inusual de ser abordados en su papel de víctimas y no de infractores.

Una segunda fortaleza de esta investigación es la participación de estos chicos y chicas en todos los asuntos que les afectan, incluyendo temas tan sensibles como las experiencias de victimización y la conducta suicida. De esto modo, han podido ejercer su derecho a ser escuchados tal y como establece el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 (ONU, 1989). Diversas convenciones y tratados internacionales ponen énfasis en el derecho a expresar su opinión y que se los tenga en cuenta en temas que los atañen, por ello no es ético excluirlos de investigaciones donde los niños, niñas y adolescentes son el foco de interés principal (Pereda, Greco, Bartolomé, Suárez-Soto, & Kanter, 2019).

Otra característica importante de esta Tesis Doctoral es que ambos trabajos empíricos se han focalizado en el concepto recientemente desarrollado de polivictimización. Este enfoque proporciona a los investigadores una idea más amplia y precisa de todas las formas de victimización infanto-juvenil y evita la fragmentación en el campo de la victimología del desarrollo (Hamby & Grych, 2013; Finkelhor, 2007). En este sentido, analizar la polivictimización basada en los criterios propuestos por Finkelhor y su equipo, además de explorar la relación entre este fenómeno y variables como la conducta suicida y la resiliencia en una muestra de adolescentes en atención residencial y de justicia juvenil, constituyó el primer estudio exploratorio de este tipo en España.

También consideramos que el uso de instrumentos de autoreporte (YSR, JVQ y ARQ), es uno de los principales puntos fuertes de este estudio. Debe tenerse en cuenta que el campo de la investigación infanto-juvenil ha experimentado un cambio en la construcción de la niñez a través de los años. En sus inicios, la tendencia era emplear técnicas observacionales o recolectar la información a través de la participación de terceros (por ejemplo, padres, cuidadores, profesores u otros) (Bessell, Beazley, & Waterson, 2017). Actualmente, la perspectiva se centra en garantizar la participación de los niños y niñas, de manera que puedan expresar sus puntos de vista, reformulando así el proceso de investigación, tanto en términos de los métodos utilizados, como del contenido discutido (Bessell et al., 2017). Particularmente, en los casos de víctimas de violencia en la infancia, la utilización de metodologías de autoreporte ha evidenciado que las personas proporcionan datos más precisos que la información reportada por profesionales o por terceros (Pereda et al., 2019). Un ejemplo de un instrumento válido y ampliamente utilizado en victimización infantil es el JVQ (Finkelhor et al., 2005b), empleado en diferentes países y en diversos tipos de muestras tanto de la población general (Chan, 2013; Finkelhor et al., 2009; Pereda et al., 2014) como clínica (Fehon, Grilo, & Lipschitz, 2001; Ford, Wasser, & Connor, 2011) y colectivos de riesgo (Cyr, Chamberland, 2013; Ford et al., 2010), implicando un aumento de la comparabilidad entre estudios y a su vez facilitando su integración en estudios metanalíticos.

Es relevante agregar que en nuestro estudio también se utiliza el ARQ, instrumento útil para detectar aquellas variables que parecen proteger al joven víctima del desarrollo de psicopatología, incluso habiendo experimentado diversas formas de victimización. Este instrumento permite observar factores de resiliencia, vinculados a recursos personales del propio niño, niña o joven, apoyo familiar, respaldo social e institucional, que inciden en el desajuste psicológico del chico o chica, y en nuestro caso específico, en la conducta suicida. De la misma manera, el instrumento empleado para evaluar la conducta suicida, el YSR ha sido internacionalmente empleado en el ámbito clínico e investigativo (Ivanova et al., 2007), destacándose por su solidez psicométrica y recomendación de uso (Deighton et al., 2014).

En su conjunto la Tesis Doctoral, a través de los dos estudios realizados, proporciona una visión comprensiva del complejo fenómeno de la conducta suicida, brindándonos información valiosa sobre la violencia interpersonal entre los jóvenes más victimizados de nuestra sociedad, y las características de varios recursos personales y ambientales relacionados con la resiliencia.

8.2. Limitaciones

La principal limitación de ambos estudios empíricos radica, en primer lugar, en su diseño transversal, que no nos permite establecer relaciones causales entre polivictimización, resiliencia y conducta suicida. Por ejemplo, este diseño limita la medida en que los hallazgos pueden interpretarse como evidencia de un impacto protector de los dominios de resiliencia en cuanto a la conducta suicida, dado que, para afirmar este efecto protector, sería necesario demostrar que la capacidad de recuperación puede predecir niveles de tendencias suicidas a lo largo del tiempo al controlar los factores de riesgo, como los eventos de victimización. Aún así, el estudio que se presenta puede suponer un marco útil preliminar para el desarrollo posterior de estudios longitudinales.

En segundo lugar, la inclusión en el estudio sólo de adolescentes en riesgo puede limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones. También destacamos que la muestra actual de participantes puede diferir de aquellos que se negaron a participar. Esta posibilidad no puede desestimarse y debe considerarse en la interpretación de los resultados. El tercer inconveniente fue que la medida de conducta suicida (i.e, ideación suicida y conducta de autolesión) formaba parte de un módulo de diagnóstico más amplio (el YSR), por lo cual, nuestros datos no son tan completos y detallados como las medidas clínicas de suicidio. El uso de sólo unos pocos ítems del cuestionario para evaluar la conducta suicida puede haber subestimado su prevalencia. Sin embargo, este instrumento se ha utilizado anteriormente en un estudio con adolescentes españoles (Soler et al., 2013), por lo que podemos comparar nuestros resultados con muestras de jóvenes de la población general y de la misma área geográfica.

Además, el hecho de que no se pueda distinguir la intencionalidad en la medida de las conductas de autolesión en el ítem YSR utilizado para evaluar este aspecto se debe tener en cuenta al interpretar los resultados. Cualquiera sea el caso, existe evidencia considerable de que muchos intentos de suicidio y episodios de autolesión deliberada son importantes factores de riesgo para la muerte por suicidio (Carter, Reith, Whyte, & McPherson, 2005; Stanley, Winchel, Molcho, Simeon, & Stanley, 1992). La investigación futura debería abordar este aspecto preguntando a los participantes específicamente si tienen la intención de lograr un resultado letal.

Finalmente, en el segundo trabajo empírico, no se examinó la interacción entre los tipos específicos de victimización (por ejemplo, victimización por cuidadores o victimización sexual) y los factores de resiliencia (por ejemplo, apoyo familiar, de pares

o escolar). Los resultados resaltan la necesidad de desarrollar un modelo integral para analizar la interacción entre los diferentes tipos de factores de resiliencia y victimizaciones frente a la conducta suicida.

A pesar de estas limitaciones, este es el primer estudio que examina la relación entre polivictimización, resiliencia y conducta suicida en adolescentes del sistema de protección y justicia juvenil en España, por lo que creemos que nuestros hallazgos pueden tener repercusiones significativas para la investigación futura.

Implicaciones prácticas y futuras líneas de investigación

9. Implicaciones prácticas y futuras líneas de investigación

9.1. Implicaciones prácticas

Las propuestas e implicaciones que se derivan del trabajo empírico realizado se dirigen a los profesionales que trabajan con niños, niñas y jóvenes y, específicamente, a aquellos que lo hacen con aquellos atendidos por el sistema de protección y de justicia juvenil.

a) Consideraciones generales y específicas para un abordaje social y clínico de la conducta suicida

A pesar de que el suicidio se ha convertido en uno de los focos prioritarios de la política sanitaria de la Unión Europea y del Sistema Nacional de Salud, en España existe una muy escasa implementación de programas de tipo preventivo. De hecho, actualmente no existe en España un plan nacional de prevención como tal y, hasta ahora, sólo se han realizado algunas iniciativas locales (Ayuso-Mateos et al., 2012). Este es el caso de Catalunya, como integrante del proyecto europeo de la *European Alliance Against Depression* (EAAD) (Hegerl & Schäfer, 2007). Este programa desarrolla una serie de estrategias y programas contra la depresión y el riesgo de suicidio, con un enfoque global y de atención integral, y ha mostrado muy buenos resultados en cuanto al incremento de la supervivencia, la disminución de los reintentos de suicidio y la reducción del número de muerte por suicidio, ha sido implementado en Barcelona y Sabadell (Cebrià et al., 2013).

Otra iniciativa a destacar se encuentra en Asturias, donde desde el año 2007 se desarrolla el proyecto europeo *Monitoring Suicidal Behaviour in Europe* (MONSUE) (Jimenez-Trevino et al., 2012) centrado en la monitorización exhaustiva de todas las tentativas suicidas que acuden a los Servicios de Urgencia Hospitalarios y desde el 2009 se ha puesto en marcha el proyecto *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE), primer programa europeo dirigido específicamente a la prevención de comportamientos suicidas en población adolescente (Wasserman et al., 2010).

De manera específica, en cuanto a la población infanto-juvenil, según la «Guía de práctica clínica sobre la prevención y tratamiento de la conducta suicida» (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), las intervenciones preventivas deben ser principalmente en el ámbito escolar (Wasserman et al., 2015). Algunos ejemplos de programas serían: a) *Programas de prevención basados en el currículo*, con el objetivo

de aumentar los conocimientos sobre el suicidio a través de vídeos o presentaciones, como el programa *Signs of suicide* (Aseltine, James, Schilling, & Glanovsky, 2007), b) *Programas basados en el entrenamiento en habilidades sociales*, con el objetivo de detectar a aquellos jóvenes con riesgo de conducta suicida (Eggert, Thompson, Herting, & Nicholas, 1995), y c) *Entrenamiento de personas claves o Gatekeeper*, con el objetivo de formar a profesores o compañeros, para detectar el riesgo de suicidio en los adolescentes (Stuart, Wallen, & Haelstromm, 2003).

Particularmente, nuestros hallazgos sugieren que la prevención de la conducta suicida, dada su elevada prevalencia, debe ser un objetivo a tener en cuenta en los planes de intervención con niños, niñas y adolescentes atendidos por los sistemas de protección y justicia juvenil en Catalunya. Especialmente, las niñas del sistema de protección, que de acuerdo a nuestro resultado son un colectivo de alto riesgo que debe incluirse de forma preferente en los programas de prevención e intervención.

La realización de evaluaciones periódicas es un primer paso importante hacia la prevención, porque está bien documentado que la ideación suicida o los intentos suicidas tempranos predicen el suicidio subsiguiente y es esencial intervenir lo antes posible (Stanley et al., 1992), por ello, se ha defendido la posibilidad de un screening sistemático (Brown, 2020).

Dada la complejidad del fenómeno del suicidio, desde el punto de vista clínico, no existe actualmente un tratamiento específico para el mismo, siendo lo fundamental el tratamiento de la patología psiquiátrica de base que a menudo está presente. Las acciones de intervención son diversas como, por ejemplo, hacer un seguimiento de esas personas con agentes de la salud, con especialización o generales; o realizar una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales. Entre las medidas más efectivas se incluyen el uso de tratamientos farmacológicos o la psicoterapia (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). En el primer grupo, tanto la clozapina como el litio han demostrado eficacia antisuicida que podría ser independiente de su efecto sobre el trastorno mental y se recomiendan para reducir este riesgo en pacientes con patología afectiva o psicótica (Van der Feltz-Cornelis et al., 2011). Cabe destacar que, en abril de 2005, la Agencia Europea del Medicamento, tras revisar la evidencia disponible, sugirió no utilizar los tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y noradrenalina para tratar la depresión en niños y adolescentes por la posible inducción de suicidalidad, cuando ya había presencia de ideas suicidas.

A su vez, ciertas modalidades de psicoterapias que abordan de forma específica el riesgo de suicidio parecen ser efectivas en personas de alto riesgo. Algunas de las modalidades que obtienen mejores resultados en prevención de suicidio son la terapia dialéctico-conductual (TDC), la terapia cognitivo-conductual orientada a la prevención de suicidio (TCC-PS) o la terapia de resolución de problemas (Brown & Jager-Hyman, 2014).

Es preciso disponer de tratamientos eficaces empíricamente validados. En la Figura 5 se representa un modelo que incluye los principales factores de riesgo de la conducta suicida y el tipo de intervenciones que han demostrado ser más efectivas en cada uno de esos factores vinculados al suicidio, según la exhaustiva revisión sistemática realizada por este grupo de expertos (Mann et al., 2005), que incluyó estudios publicados entre 1966–2005. Posteriormente, una revisión sistemática actualizada por Zalsman et al. (2016), que incorporó publicaciones entre 2005-2014, concluyó que las intervenciones preventivas que más se han fortalecido desde el 2005, y que cuentan con mayor evidencia empírica son: restricción de acceso a medios letales y los programas de concienciación basados en la escuela (reducen los intentos de suicidio e ideación suicida). Los tratamientos farmacológicos y psicológicos mencionados anteriormente también han demostrado ser importantes para la prevención.

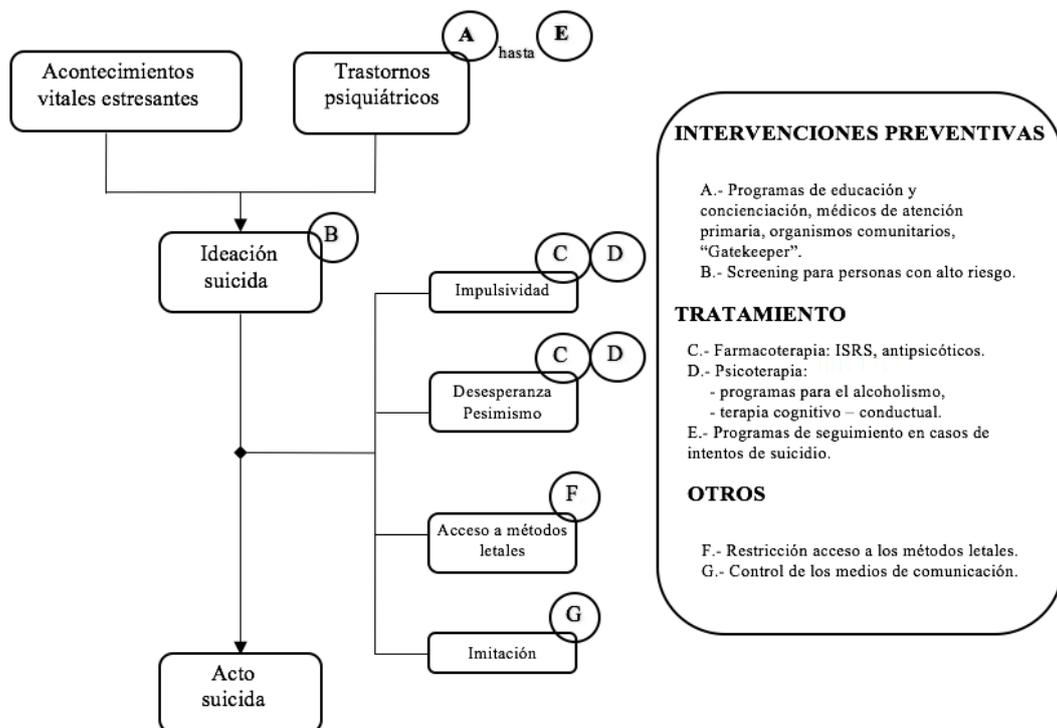


Figura 5. Modelo de prevención de la conducta suicida. Adaptado de Mann et al. (2005).

Cabe destacar además que, en el caso de los jóvenes tutelados por el sistema de protección y atendidos por el sistema de justicia juvenil, se deben tomar medidas de prevención selectiva, dirigidas a subgrupos de esta población que presentan mayor riesgo de presentar conducta suicida sobre la base de variables como el sexo, la edad, ciertas características personales o familiares, y experiencias de victimización o abusos. Estas acciones de prevención se realizan mediante el desarrollo de programas de prevención del suicidio específicos para estos colectivos en situación de vulnerabilidad. Son necesarios programas más completos en los que los educadores o cuidadores estén capacitados para reconocer a las personas en riesgo de suicidio, y en los que se pueda restringir el acceso a objetos potencialmente letales. Esta capacitación preventiva debe brindarse no sólo a los adultos sino también a los adolescentes en el centro, centrándose especialmente en aquellos con antecedentes de polivictimización. Un ejemplo de esto es el programa de prevención del suicidio, denominados como porteros -en inglés *Gatekeepers*- que se lleva a cabo con representantes de centros, profesionales y no profesionales, personal administrativo, adolescentes y padres, diseñado para ayudar a adolescentes en riesgo de suicidio (Stuart et al., 2003). Entendemos como *Gatekeepers* aquellas personas próximas al adolescente y que pueden hacer de intermediarios. La formación ha demostrado ser efectiva para aumentar el conocimiento sobre la conducta suicida y mejorar las actitudes y la confianza para identificar y ayudar a personas en riesgo de suicidio (Robinson et al., 2013). Una reciente revisión sistemática, dirigida a conocer la efectividad y los mecanismos de cambio de los programas gatekeeper (Torok et al., 2019), concluyó que es una estrategia efectiva para facilitar el conocimiento y el reconocimiento de riesgos específicos de suicidio con efectos de intervención de moderados a altos.

En el caso particular de los centros penitenciarios, se ha seguido tradicionalmente una política preventiva centrada en la restricción del acceso a medios dañinos o letales a personas en las que se apreciaba riesgo de autolesiones o de suicidio. El 10 de agosto de 2005 se publicó el programa marco de prevención del suicidio (PPS) en instituciones penitenciarias (Ministerio de Interior, 2005) actualmente vigente. De momento, no hay datos disponibles sobre los resultados de este plan de acción.

Así, para concluir podríamos hablar de dos tipos de intervenciones o estrategias comunes sea cual sea el grupo de pertenencia, siendo las dos más importantes: 1) restringir el acceso a los métodos utilizados con más frecuencia, y 2) mantener un seguimiento especializado en salud mental que favorezca el cambio en la conducta de

búsqueda de ayuda (Hawton et al., 2012), así como considerar las diferencias de género en el diseño de las estrategias y planes de intervención.

b) Tratamiento de la victimización en centros de protección y justicia juvenil

A su vez, la evaluación de las experiencias de victimización en estos jóvenes debe formar parte de un protocolo a implementar en ambos colectivos, protección y justicia juvenil, dado que aquellos niños, niñas y adolescentes más victimizados presentan un mayor riesgo de tener una conducta suicida. Particularmente, los chicos y chicas involucrados en el sistema de justicia juvenil deben ser considerados un objetivo a evaluar y a los que se les debe ofrecer atención también como víctimas de la violencia y no sólo como perpetradores de la misma. La dualidad víctima-ofensor, en este caso, debe superarse y se deben facilitar los recursos necesarios a todos los jóvenes, sean atendidos por el sistema que sea, para que ningún niño, niña ni adolescente quede relegado en su tratamiento del grave problema de salud pública que es la conducta suicida.

Como tal, la práctica profesional debe estar basada en evidencias científicas. Los profesionales de este campo deberían decidir qué programa, tratamiento o intervención aplicar en función de las evidencias alcanzadas en estudios evaluativos empíricos debidamente diseñados e implementados. Además, las políticas sociales, educativas y sanitarias deberían también decidirse tomando en consideración la evidencia científica acumulada sobre cómo mejor tratar o prevenir los problemas sociosanitarios. Se propone mejorar la formación especializada en victimología del desarrollo de los profesionales que trabajan con niños, niñas y jóvenes.

En el ámbito de la victimología del desarrollo, en los últimos años se han elaborado propuestas y programas de prevención con evidencia científica demostrada, en su mayoría dirigidas a niños, niñas y adolescentes víctimas de tipos específicos de victimizaciones, como por ejemplo: *Olweus Bullying Prevention Program (OBPP)* (Olweus & Limber, 2010), dirigido a prevenir el bullying; *Incredible Years* y *SafeCare* (De Paúl, Arruabarrena, & Indias, 2015), enfocados a reforzar las competencias parentales de los padres, y así reducir el riesgo de maltrato infantil y la negligencia física o emocional; y, por último, un ejemplo más general es el programa de prevención integral *MBF Child Safety Matters* (Monique Burr Foundation, 2015), implementado en el ámbito escolar, con el objetivo de empoderar a los escolares, enseñando estrategias para reconocer y responder a las experiencias de victimización. Estas iniciativas podrían ser introducidas

en los centros de protección y justicia juvenil, ajustando los programas de prevención, protección y tratamiento a los periodos del desarrollo y grupos de riesgo para victimizaciones específicas.

Nuestros hallazgos muestran que la victimización sexual es un problema frecuente en este colectivo, además de aumentar el riesgo de conducta suicida sobre otros tipos específicos de victimización, lo que debe tenerse en cuenta en los programas de prevención e intervención. Un ejemplo de tratamiento psicológico efectivo, es la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*, TF-CBT), que utiliza los principios de exposición gradual y reestructuración cognitiva. La TF-CBT se ha evaluado en una serie de ensayos aleatorios (Cohen, Mannarino, Kliethermes, & Murray, 2012) encontrándose consistentemente superior a otros enfoques. Debido a que la TF-CBT cumple con los criterios como un tratamiento bien respaldado para niños abusados sexualmente con síntomas de estrés postraumático, es una opción clara para la prevención basada en evidencia con esta población, y así prevenir consecuencias tan irreversibles, como es la muerte por suicidio.

En este sentido, la polivictimización parece ser frecuente en este grupo, tal como se ha constatado en trabajos publicados en otros países, y debería ser evaluada por los y las profesionales de los centros de acogida y de justicia juvenil, independientemente del motivo de ingreso. Se debe intensificar la atención hacia los niños, niñas y jóvenes polivictimizados, ya que presentan un alto riesgo de conducta suicida y además, de acuerdo a la literatura previa, un peor pronóstico para lograr un adecuado desarrollo y reintegración social. A la fecha no se ha elaborado ningún programa dirigido a la prevención y tratamiento de la polivictimización y sólo existen algunas propuestas de adaptaciones a intervenciones enfocadas a tipos específicos de victimización, como ya se ha comentado. No obstante, se necesita más información para ayudar a mejorar la capacitación, aumentar las pruebas de detección y crear conciencia sobre la polivictimización entre los profesionales y los que trabajan con niños, niñas y jóvenes en estos centros. Esta estrategia reconocería un concepto paralelo, *poly-strengths*, que capta la cantidad de recursos y activos que los niños (y sus familias) pueden usar para ayudar a aislarlos de la violencia o ayudarlos a sobrellevar y promover el bienestar después de la victimización (ver Hamby, Grych, & Banyard, 2018). En consecuencia, se deben evaluar las *poly-strengths* o múltiples recursos (fortalezas) para obtener una imagen precisa de los factores que protegen contra la polivictimización en niños y adolescentes.

c) Promoción de factores de resiliencia ante el suicidio

Los resultados sugieren, además, que la resiliencia interactúa con los factores de riesgo para alterar la probabilidad de que éstos conduzcan a una tendencia suicida. Como tal, estudiar las interacciones entre la capacidad de resiliencia y los factores de riesgo podría ser un método más preciso para predecir el riesgo general de suicidio, que considerar los factores de riesgo o la capacidad de resiliencia de forma aislada o aditiva. Por ejemplo, cuando un clínico está trabajando con un paciente que se enfrenta a un alto nivel de un factor de riesgo, como son las experiencias de victimización, puede ser beneficioso considerar también los niveles de los factores de resiliencia que presenta el adolescente, como la percepción emocional o el apoyo social. En caso que las evaluaciones de los factores de resiliencia también sean bajas, entonces se debe considerar que este joven tiene un alto riesgo de suicidio.

Estos resultados suponen la obertura a un amplio campo de trabajo y grandes posibilidades de prevención terciaria para los profesionales, que deben tener como finalidad potenciar los recursos que presentan las víctimas, más que focalizarse en sus debilidades y necesidades de intervención y tratamiento (Pereda & Tamarit, 2013).

Es, por lo tanto, necesario que los profesionales que trabajan con el colectivo de niños, niñas y jóvenes tutelados o con medidas de libertad vigilada tengan conocimiento de su realidad, y que sepan detectar y ayuden a desarrollar sus recursos, personales y del entorno, para favorecer un desarrollo adecuado que facilite el establecimiento de nuevos vínculos con figuras referentes y un mejor desarrollo emocional general. En este sentido, es importante tener en cuenta en los programas de tratamiento y apoyo a niños, niñas y jóvenes víctimas de la violencia que los recursos personales son el factor protector más relevante, por lo que es preciso potenciar en el joven su autoestima, sus habilidades sociales y su capacidad de conectar con sus emociones, como forma de prevenir el desajuste psicológico.

Finalmente, es necesario establecer una estrecha colaboración entre el sistema de protección y el sistema de justicia juvenil, dado que tanto este como otros estudios previos, con muestras de países diferentes, indican que los jóvenes que conforman ambos colectivos se encuentran altamente victimizados y que, además, existe un vínculo entre haber formado parte del sistema de protección y, posteriormente, ser atendido por el sistema de justicia (Baglivio et al., 2016).

9.2. Futuras líneas de investigación

A partir de los resultados de esta Tesis Doctoral, futuras investigaciones deberían considerar el análisis de variables mediadoras y/o moderadoras, que podrían estar involucradas en la asociación entre las experiencias de victimización y la conducta suicida (por ejemplo, psicopatología, tiempo que pasan los jóvenes en los centros y su modalidad, entre otros). También sería interesante, dadas las características de alto riesgo de este grupo en particular, identificar subgrupos de víctimas con diferentes perfiles o combinaciones de experiencias de victimización aplicando un enfoque analítico centrado en la persona más sofisticado, como puede ser el análisis de clases latentes.

Debido a la complejidad de la relación entre la conducta suicida y la polivictimización, creemos que las investigaciones futuras podrían profundizar en el estudio en este campo con el análisis diferenciado por tipos específicos de conducta suicida (por ejemplo, ideación suicida, conducta autolesiva con/sin intención suicida, intentos de suicidio) en lugar que en amplios grupos de conducta suicida, con el fin de obtener información más precisa de la relación entre polivictimización y tipos específicos de conducta suicida.

La mayoría de las personas que tiene que enfrentarse con pensamientos suicidas (aproximadamente el 60%) no recibe tratamiento, siendo las principales razones para no buscar ayuda la baja necesidad percibida y el deseo de solucionar el problema personalmente (Bruffaerts, et al. 2011). Se necesitan investigaciones futuras para desarrollar vías sólidas para conectar a las personas que tienen algún tipo de conducta suicida con tratamientos efectivos.

Aunque el desarrollo y el uso de los tratamientos psicológicos ha crecido un poco (Kessler, Berglund, Borges, Nock, & Wang, 2005), no están bien apoyados por la evidencia y la gran mayoría de la gente que experimenta pensamientos y conductas suicidas no los busca. Las barreras para buscar ayuda y el papel de los medios (incluyendo los medios sociales) en el proceso suicida también permanece escasamente estudiado; aunque existen directrices para el informe de los suicidios en los medios de comunicación, se necesita más evidencia empírica para conocer qué aspectos de la información son los más peligrosos.

La ciencia psicológica tiene mucho que ofrecer a los planes políticos en el desarrollo e implementación de los programas para la prevención del suicidio. Se ha desarrollado hace pocos años la prometedora intervención multicomponente (Hegerl, Rummel-Kluge, Värnik, Arensman, & Koburger, 2013), y se necesitan posteriores avances para combatir

este devastador problema de salud pública y social (O'Connor & Portzk, 2018). De esta forma, la perspectiva tomada por estas investigaciones permitirá diseñar programas más específicos en correspondencia al tipo y gravedad de la conducta suicida que presentarían estas víctimas, facilitando acciones para evitar situaciones tan graves, como la muerte por suicidio.

En general, los hallazgos de la tesis apuntan a la necesidad de estudios longitudinales para proporcionar una evaluación prospectiva del impacto de los factores de resiliencia en el comportamiento suicida. También sería interesante determinar si los diferentes dominios de resiliencia (es decir, individual, familiar y social) actúan de manera diferente en su interacción con factores de riesgo específicos (por ejemplo, victimización por cuidadores, abuso sexual, polivictimización). A pesar de los hallazgos no significativos en relación al dominio Educadores, futuros estudios podrían explorar la forma en que los profesionales o personal a cargo pueden promover la resiliencia en los jóvenes de estos centros.

10. Conclusión general

- La conducta suicida de los adolescentes es un grave problema de salud pública. Observar los factores significativamente relacionados con el comportamiento suicida que reducen el riesgo (es decir, dominio individual) o lo aumentan (es decir, victimización sexual, polivictimización) puede ser particularmente útil para el desarrollo de medidas para la prevención del suicidio.
- En general, los hallazgos presentados sugieren que: (1) los recursos propios y sus diversas facetas representan un área clave para futuras investigaciones sobre la resistencia al suicidio, y que (2) los recursos propios deben incorporarse en las intervenciones para la prevención de la conducta suicida en los servicios de atención a la infancia.
- Se deben tomar medidas basadas en estos hallazgos para identificar a los adolescentes con ideas suicidas serias y diseñar intervenciones apropiadas que tengan muy en cuenta sus experiencias previas de violencia y sus recursos personales para hacerles frente.
- Además, nuestros hallazgos destacan la importancia de la prevención y el tratamiento de la violencia interpersonal en los jóvenes de estos servicios, a fin de reducir la conducta suicida, constituyéndose en un objetivo prioritario en el diseño de políticas sociales.

11. Referencias

- Abram, K. M., Choe, J. Y., Washburn, J. J., Teplin, L. A., King, D. C., & Dulcan, M. K. (2008). Suicidal ideation and behaviors among youths in juvenile detention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(3), 291-300. doi.org/10.1097/CHI.0b013e318160b3ce
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Aho, N., Gren-Landell, M., & Svedin, C. G. (2014). The prevalence of potentially victimizing events, poly-victimization, and its association to sociodemographic factors: A Swedish youth survey. *Journal of Interpersonal Violence, 31*(4), 620-651. doi: 10.1177/0886260514556105
- Alvarez-Lister, M. S., Pereda, N., & Guilera, G. (2016). Psychopathological correlates of polyvictimization in young offenders. *Criminal Justice and Behavior, 43*(12), 1710– 1725. doi.org/10.1177/0093854816662678
- Álvarez-Lister, M. S., Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2014). Polyvictimization and its relationship to symptoms of psychopathology in a southern European sample of adolescent outpatients. *Child Abuse & Neglect, 38*(4), 747-756. doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.009
- Amitai, M., & Apter, A. (2012). Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: a review. *International journal of environmental research and public health, 9*(3), 985-994. doi.org/10.3390/ijerph9030985
- Anderson, H. D. (2011). Suicide ideation, depressive symptoms, and out-of-home placement among youth in the US child welfare system. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*(6), 790–796. doi.org/10.1080/15374416.2011. 614588.
- Anglemyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2014). The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine, 160*(2), 101-110. doi: 10.7326/M13-1301
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España. Madrid, España.
- Arensman, E., Fitzgerald, T., Bjerke, T., Cooper, J., Corcoran, P., De Leo, D., ... & Perry, I. J. (2008). Deliberate Self Harm (DSH) and Suicide: gender specific trends in eight

- European regions. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 62(suppl 1): A1-A36.
- Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC public health*, 7(1), 161. doi:10.1186/1471-2458-7-161
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. APA. Recuperado de: <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., ... & RECOMS, G. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23. doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001
- Aziz, A., & Dawood, S. (2015). The Epidemiology of Poly-Victimization in Pakistan. *Journal of Behavioural Sciences*, 25(1), 108-119.
- Baglivio, M.T., Wolff, K.T., Piquero, A.R., Bilchik, S., Jackowski, K., Greenwald, M. A., & Epps, N. (2016). Maltreatment, child welfare, and recidivism in a sample of deep-end crossover youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(4), 625-654. doi:10.1007/s10964-015-0407-9
- Banyard, V. L., & Cross, C. (2008). Consequences of teen dating violence: understanding intervening variables in ecological context. *Violence Against Women*, 14(9), 998–1013. doi.org/10.1177/1077801208322058.
- Barter, J. T. (1990). Strategies for Studying Suicide and Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1082-1082.
- Barzilay, S., Klomek, A. B., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., ... & Brunner, R. (2017). Bullying victimization and suicide ideation and behavior among adolescents in Europe: A 10-country study. *Journal of Adolescent Health*, 61(2), 179-186. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1989). Clinical predictors of eventual suicide: a 5-to 10-year prospective study of suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*, 17(3), 203-209.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559–563. doi.org/10.1176/ajp.142.5.559

- Bender, K. (2010). Why do some maltreated youth become juvenile offenders?. *Children and Youth Services Review*, 32(3), 466-473. doi:10.1016/j.child-youth.2009.10.022
- Bessell, S., Beazley, H., & Waterson, R. (2017). The methodology and ethics of rights-based research with children. *Children out of place' and human rights* (pp. 211-231). Bergerac: Springer, Cham. doi.org/10.1007/978-3-319-33251-2_13
- Bonanno, G. A. (2005). Clarifying and Extending the Construct of Adult Resilience. *American Psychologist*, 60(3), 265–267. doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.265b
- Bratta, M. P., Jefferis, E., Kavadas, A., Alemagno, S. A., & Shaffer-King, P. (2014). Suicidal behaviors among adolescents in juvenile detention: Role of adverse life experiences. *PLoS One*, 9(2), doi.org/10.1371/journal.pone.0089408.
- Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del psicólogo*, 30(1), 42-52. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77811388006>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 372–394. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513
- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., & Siméoni, M. C. (2011). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1886-1890. doi:10.1016/j.childyouth.2011.05.014
- Brown, L. A. (2020). Suicide in foster care: a high-priority safety concern. *Perspectives on psychological science*, 1-4. doi.org/10.1177/2F1745691619895076
- Brown GK, Jager-Hyman S. (2014). Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. *American Journal of Preventive Medicine*. 47, 186-194. doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.008
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., ... & Florescu, S. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 64-70. doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084129

- Burke, J. D., Mulvey, E. P., & Schubert, C. A. (2015). Prevalence of Mental Health Problems and Service Use Among First-Time Juvenile Offenders. *Journal of child and family studies*, 24(12), 3774-3781. doi:10.1007/s10826-015-0185-8
- Cano, A., & Andrés Pueyo, A. (2012). La justicia juvenil en Cataluña: Características generales y funcionamiento. *Revista de Psicología y Educación*, 11(2), 191–214. Recuperado de: <http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Cano-Andr%C3%A9s-Pueyo-2012.pdf>
- Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., ... & Cosman, D. (2014). A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World psychiatry*, 13(1), 78-86. doi.org/10.1002/wps.20088
- Carrasco Ortiz, M. A., Rodríguez Testal, J. F., & Barrio Gándara, V. Del. (2001a). Delincuencia y psicopatología entre adolescentes maltratados. *Revista de Psicología General y Aplicada: Revista de La Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54(4), 605–617. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2364934>
- Carrasco-Ortiz, M. A., Rodríguez-Testal, J. F., & Hesse, B. M. (2001b). Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato. *Child Abuse & Neglect*, 25(6), 819–838. doi:10.1016/S0145-2134(01)00241-1
- Carter, G., Reith, D. M., Whyte, I. M., & McPherson, M. (2005). Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 253–257. doi.org/10.1192/bjp.186.3.253.
- Casas, F., & Montserrat, C. (2002). Interdisciplinary teams and decision making in child protection systems: The experience of Catalonia. *International Journal of Child and Family Welfare*, 5(4), 146-158.
- Cebrià, A. I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., ... & Hegerl, U. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 269-276. doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.016
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children’s

development. *Psychiatry*, 56(1), 96-118.
doi.org/10.1080/00332747.1993.11024624

- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M., & Murray, L.A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528-541. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.03.007
- Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya (2015). Codi Deontològic del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. Recuperado de https://www.copc.cat/adjuntos/adjunto_188/v/Codi%20deontol%C3%B2gic%20del%20COPC.pdf?tm=1524062657
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577–589. doi.org/10.1007/s11469-011-9323-8.
- Collings, S. J., Penning, S. L., & Valjee, S. R. (2014). Lifetime poly-victimization and posttraumatic stress disorder among school-going adolescents in Durban, South Africa. *Journal of Psychiatry*, 17(5), 1-5.
- Croysdale, A. E., Drerup, L. C., Bewsey, K., & Hoffmann, N. G. (2008). Correlates of victimization in a juvenile justice population. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17, 103–117. doi.org/10.1080/10926770802250876
- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Clifford, C., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2010). Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 235–243. doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.004
- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2009). Psychiatric diagnosis as a risk marker for victimization in a national sample of children. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4), 636–652. doi.org/10.1177/0886260508317197
- Cutuli, J. J., George, R. M., Coulton, C., Schretzman, M., Crampton, D., Charvat, B. J., & Lee, E. L. (2016). From foster care to juvenile justice: Exploring characteristics of youth in three cities. *Children and Youth Services Review*, 67, 84-94. doi:10.1016/j.childyouth.2016.06.001
- Cyr, K., Chamberland, C., Clément, M. E., Lessard, G., Wemmers, J. A., Collin-Vézina, D., ... Damant, D. (2012). Polyvictimization in a child welfare sample of children and youths. *Psychology of Violence*, 2(4), 385-400. doi: 10.1037/a0028040
- Cyr, K., Chamberland, C., Clément, M. E., Lessard, G., Wemmers, J. A., Collin-Vézina, D., ... Damant, D. (2013). Polyvictimization and victimization of children and

- youth: Results from a populational survey. *Child Abuse & Neglect*, 37, 814-820. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.009
- Chan, K. L. (2013). Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: Prevalence and associations with health. *Preventive Medicine*, 56(3–4), 207–210. doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.12.018
- Chang, H., Lin, M., & Lin, K. (2007). The mediating and moderating roles of the cognitive triad on adolescent suicidal ideation. *Nursing Research*, 56(4), 252–259. doi.org/10.1097/01.NNR.0000280611.00997.0e.
- Chavira, D. A., Accurso, E. C., Garland, A. F., & Hough, R. (2010). Suicidal behaviour among youth in five public sectors of care. *Child and adolescent mental health*, 15(1), 44-51. doi.org/10.1111/j.1475-3588.2009.00532.x
- Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., ... Chen, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 35(3), 313–322. doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x.
- Davidson-Arad, B., & Golan, M. (2007). Victimization of juveniles in out-of-home placement: Juvenile correctional facilities. *British Journal of Social Work*, 37, 1007-1025. doi:10.1093/bjsw/bcl056
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15. doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4
- De Paúl, J., & Arruabarrena, M. I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 409-418. doi:10.1016/0145-2134(95)00009-W
- De Paúl, J., Arruabarrena, M. I., Torres, B., & Muñoz, R. (1995). La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Gipuzkoa. *Infancia y aprendizaje*, 18(71), 49-58. doi.org/10.1174/02103709560575479
- De Paul, J., Arruabarrena, I., & Indias, S. (2015). Implantación piloto de dos programas basados en la evidencia (SafeCare e Incredible Years) en los Servicios de Protección Infantil de Gipuzkoa (España). *Psychosocial Intervention*, 24(2), 105-120. doi.org/10.1016/j.psi.2015.07.001

- Deeley, S. T., & Love, A. W. (2013). Longitudinal analysis of the emotion self-confidence model of suicidal ideation in adolescents. *Advances in Mental Health, 12*(1), 34–45. doi.org/10.5172/jamh.2013.12.1.34.
- Deighton, J., Croudace, T., Fonagy, P., Brown, J., Patalay, P., & Wolpert, M. (2014). Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy: a review of child self-report measures. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 8*(1), 14. doi.org/10.1186/1753-2000-8-14
- Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya (DGEPCJJ) (n.d.). Catàleg de serveis del Departament de Justícia. Recuperado de http://justicia.gencat.cat/web/.content/home/departament/cataleg_serveis/cataleg_serveis.pdf
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics, 133*(5), e1331-e1344. doi.org/10.1542/peds.2013-2166
- Ministerio del Interior. (2005). Programa marco de prevención de suicidios. Secretaría general de Instituciones Penitenciarias. Recuperado de: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/inst_ruccionesCirculares/C-2005-14.pdf.
- Dong, F., Cao, F., Cheng, P., Cui, N., & Li, Y. (2013). Prevalence and associated factors of poly-victimization in Chinese adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*(5), 415-422. doi.org/10.1111/sjop.12059
- Drum, D.J y Denmark, A.B. (2012). Campus suicide prevention: bridging paradigms and forging partnerships. *Harvard Review of Psychiatry, 20*(4), 209-221. doi:10.3109/10673229.2012.712841
- DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect, 31*, 255–274. doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.015.
- Durkheim, E. (1951). Suicide, a study in sociology. New York Free Press, 3, 405. doi.org/10.2307/2088294
- Egelund, T., & Lausten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child & Family Social Work, 14*(2), 156-165. doi:10.1111/j.1365-2206.2009.00620.x

- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., & Nicholas, L. J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: Tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(2), 276-296. doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00926.x
- Ellonen, N., & Salmi, V. (2011). Poly-victimization as a life condition: correlates of poly-victimization among Finnish children. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 12 (1), 20-44. doi.org/10.1080/14043858.2011.561621
- Esposito, C. L., & Clum, G. A. (2002). Social support and problem-solving as moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality: Applications to a delinquent population. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 137–146. doi.org/10.1023/A:1014860024980.
- Euser, S., Alink, L. R. A., Tharner, A., Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: A comparison between abuse in residential and in foster care. *Child Maltreatment*, 18(4), 221-231. doi: 10.1177/1077559513489848
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250. doi/abs/10.1521/suli.2005.35.3.239
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, 122–129. doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.020.
- Everall, R. D., Altrows, K. J., & Paulson, B. L. (2006). Creating a future: A study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84(4), 461-470. doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00430.x
- Farand, L., Chagnon, F., Renaud, J., & Rivard, M. (2004). Completed suicides among Quebec adolescents involved with juvenile justice and child welfare services. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 24-35. doi/ref/10.1521/suli.34.1.24.27774

- Fawcett, J., Busch, K. A., Jacobs, D., Kravitz, H. M., & Fogg, L. (1997). Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836(1), 288-301. doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb52366.x
- Fehon, D. C., Grilo, C. M., & Lipschitz, D. S. (2001). Correlates of community violence exposure in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 42(4), 283–290. doi.org/10.1053/comp.2001.24580
- Finkelhor, D. (2007). Developmental Victimology: The comprehensive study of childhood victimization. En R. C. Davis, A. J. Luirigio y S. Herman (Eds.), *Victims of crime* (3rd ed) (p. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D. (2011). Prevalence of child victimization, abuse, crime, and violence exposure. *Violence against women and children: Mapping the terrain, 1*, 9-30. doi:10.1177/1077559509347012.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Finkelhor, D., & Hashima, P. Y. (2001). The victimization of children and youth. In *Handbook of youth and justice* (pp. 49-78). Springer, Boston, MA.
- Finkelhor, D., Hamby, S., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The juvenile victimization questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29, 383–412. doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.001.
- Finkelhor, D., & Kendall-Tackett, K. (1997). A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse, and violent victimization. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychology, Vol. 8. Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention* (p. 1–32). University of Rochester Press.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. & Hamby, S. L. (2005a). The victimization of children and youth: A comprehensive, National Survey. *Child Maltreatment*, 10(1), 5-25. doi: 10.1177/1077559504271287
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. & Hamby, S. L. (2005b). Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 29(11), 1297- 1312. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.06.005

- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, *31*, 7-26. doi:10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, *33*, 403–411. doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2011). Polyvictimization in developmental context. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *4*(4), 291-300. doi: 10.1080/19361521.2011.610432
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez, L., Aritio, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, A., ... Pérez de Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *11*, 76-85. doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004
- Ford, J., Elhai, J., Connor, D., & Frueh, C. (2010). Poly-victimization and risk of post-traumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *46*, 545–552. doi.org/10.1016/j.adohealth.2009.11.212.
- Ford, J. D., Grasso, D. J., Hawke, J., & Chapman, J. F. (2013). Poly-victimization among juvenile justice-involved youths. *Child Abuse & Neglect*, *37*(10), 788–800. doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.01.005.
- Ford, J. D., Hartman, J. K., Hawke, J., & Chapman, J. F. (2008). Traumatic victimization, posttraumatic stress disorder, suicidal ideation and substance abuse risk among juvenile justice-involved youth. *Journal Child Adolescent Trauma*, *1*, 75–92. doi.org/10.1080/19361520801934456.
- Ford, J. D., Wasser, T., & Connor, D. F. (2011). Identifying and determining the symptom severity associated with polyvictimization among psychiatrically impaired children in the outpatient setting. *Child Maltreatment*, *16*(3), 216-226. doi: 10.1177/1077559511406109
- Freud, S. (1922). Repression. *The Psychoanalytic Review (1913-1957)*, *9*, 444.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., ... & Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina clínica*, *129*(13), 494-500. doi.org/10.1157/13111370

- Garland, A. F., Hough, R. L., Yeh, M., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 409-418. doi.org/10.1097/00004583-200104000-00009.
- Gartland, D., Bond, L., Olsson, C. A., Buzwell, S., & Sawyer, S. M. (2006). *Adolescent Resilience questionnaire*. Centre for Adolescent Health, Royal Children's Hospital: Melbourne, Australia. Recuperado de: www.ahda.org/downloads/ISSBD2006Gartland.pdf
- Gartland, D., Bond, L., Olsson, C. A., Buzwell, S., & Sawyer, S. M. (2011). Development of a multidimensional measure of resilience in adolescents: The Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 134. doi.org/10.1186/1471-2288-11-134.
- Gavrilovici, O., & Groza, V. K. (2007). Incidence, prevalence and trauma associated with exposure to violence in Romanian institutionalized children. *International Journal of Child & Family Welfare*, 10(3-4), 125-138. Recuperado de: <http://www.cyc-net.org/Journals/ijcfw/index.html>
- Geoffroy, M. C., Boivin, M., Arseneault, L., Turecki, G., Vitaro, F., Brendgen, M., ... & Côté, S. M. (2016). Associations between peer victimization and suicidal ideation and suicide attempt during adolescence: results from a prospective population-based birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(2), 99-105. doi.org/10.1016/j.jaac.2015.11.010
- Generalitat de Catalunya (2019). La protecció de la infància i l'adolescència a Catalunya. Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya. Recuperado de: https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/centres_DGAIA/CREI/
- Geulayov, G., Casey, D., McDonald, K. C., Foster, P., Pritchard, K., Wells, C., ... & Hawton, K. (2018). Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 167-174. doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30478-9
- Goodfellow, B., Kőlves, K., & De Leo, D. (2019). Contemporary definitions of suicidal behavior: A systematic literature review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 488-504. doi.org/10.1111/sltb.12457

- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S. & Jozefiak, T. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse & Neglect*, 45, 122-134. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.05.003
- Griffin, E., McMahon, E., McNicholas, F., Corcoran, P., Perry, I. J., & Arensman, E. (2018). Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study 2007–2016. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(7), 663–671.
- Grover, K. E., Green, K. L., Pettit, J. W., Monteith, L. L., Garza, M. J., & Venta, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 1281–1290. doi.org/10.1002/jclp.20632.
- Groze, V. (1990). An exploratory investigation into institutional mistreatment. *Child and Youth Review*, 12(3), 229 - 241. doi.org/10.1016/0190-7409(90)90014-O
- Guilera, G., Pereda, N., Paños, A., & Abad, J. (2015). Assessing resilience in adolescence: The Spanish adaptation of the Adolescent Resilience Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1-9. doi: 10.1186/s12955-015-0259-8
- Hamby, S. L., & Grych, J. (2013). *The web of violence: Exploring connections among different forms of interpersonal violence and abuse*. New York: Springer. doi:10.1007/978-94-007-5596-3
- Hamby, S., Grych, J., & Banyard, V. (2018). Resilience portfolios and poly-strengths: Identifying protective factors associated with thriving after adversity. *Psychology of Violence*, 8(2), 172. doi.org/10.1037/vio0000135.
- Hamby, S., Taylor, E., Mitchell, K., Jones, L., & Newlin, C. (2020). Poly-victimization, Trauma, and Resilience: Exploring Strengths That Promote Thriving After Adversity. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1-20. doi.org/10.1080/15299732.2020.1719261
- Hawton, K. (2007). Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis*, 28(S1), 4-9. doi.org/10.1027/0227-5910.28.S1.4
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5

- Hayes, L. M. (2005). Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. *Crisis*, *26*(3), 146-148. doi.org/10.1027/0227-5910.26.3.146
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Roesch, S. C., Hough, R. L., & Landsverk, J. A. (2009). Child maltreatment profiles and adjustment problems in high-risk adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, *24*(2), 361–378. doi.org/10.1177/0886260508316476
- Hegerl, U., & Schäfer, R. (2007). From the Nuremberg Alliance Against Depression to a European network (EAAD)-extending community-based awareness-campaigns on national and European level. *Psychiatrische Praxis*, *34*, S261-5. doi: 10.1055/s-2007-986172
- Hegerl, U., Rummel-Kluge, C., Värnik, A., Arensman, E., & Koburger, N. (2013). Alliances against depression—a community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *37*(10), 2404-2409. doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.02.009
- Herz, D.C., Ryan, J.P., & Bilchik, S. (2010). Challenges facing crossover youth: An examination of juvenile-justice decision making and recidivism. *Family court review*, *48*(2), 305-321. doi:10.1111/j.1744-1617.2010.01312.x
- Higgins, D., & McCabe, M. (2000). Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child Maltreatment*, *5*(3), 261-272. doi: 10.1177/1077559500005003006
- Hill, R. M., Castellanos, D., & Pettit, J. W. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: a review. *Clinical psychology review*, *31*(7), 1133-1144. doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.008
- Hirsch, J. K., & Conner, K. R. (2006). Dispositional and explanatory style optimism as potential moderators of the relationship between hopelessness and suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*(6), 661-669. doi/abs/10.1521/suli.2006.36.6.661
- Hirsch, J. K., Wolford, K., LaLonde, S. M., Brunk, L., & Parker-Morris, A. (2009). Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation. *Crisis Journal of Crisis Intervention Suicide Prevention*, *30*(1), 48–53. doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.48.
- Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., Degue, S., Matjasko, J. L., & Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, *135*(2), 496–509. doi.org/10.1542/peds.2014-1864.

- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356-366. doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4
- Hukkanen, R., Sourander, A., & Bergroth, L. (2003). Suicidal ideation and behavior in children's homes. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 131-137. doi.org/10.1080/08039480310000969
- Indias García, S., & De Paúl Ochotorena, J. (2017). Lifetime victimization among Spanish adolescents. *Psicothema*, 29(3), 378-383. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72752795014>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2017). *Estadísticas de Defunción por causa de muerte 2016*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de: <http://www.ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). Instituto Nacional de Estadística (INE). *Defunciones por causas (lista detallada) sexo y edad*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es>
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenburg, N., & Verhulst, F. C. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 729–738. doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.729.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomás, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31, 231–253. doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.011.
- Janssens, A., & Deboutte, D. (2010). Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium. *Journal of epidemiology and community health*, 64(4), 353-359. doi:10.1136/jech.2008.086371
- Játiva, R., & Cerezo, M. A. (2014). The mediating role of self-compassion in the relationship between victimization and psychological maladjustment in a sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1180-1190. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.04.005

- Jimenez-Trevino, L., Saiz, P. A., Corcoran, P., Garcia-Portilla, M. P., Buron, P., Garrido, M., ... & Bobes, J. (2012). The incidence of hospital-treated attempted suicide in Oviedo, Spain. *Crisis*, *33*, 46-53. doi.org/10.1027/0227-5910/a000094
- Jiménes Triviño, L. (2003). *Breve aproximación a las conductas analíticas*. Red Nacional para el Estudio y Prevención de Conductas Autolíticas (ReNEPCA). Recuperado de: <http://www.renepca.com/docsl/aproximacion.htm>
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, *48*(3), 179–186. doi.org/10.1016/j.brat.2009.10.007
- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, *31*(4), 563–591. doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.007.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Jr., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(3), 634–646. doi.org/10.1037/a0016500.
- Katz, L. Y., Au, W., Singal, D., Brownell, M., Roos, N., Martens, P. J., ... & Sareen, J. (2011). Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *CMAJ*, *183*(17), 1977-1981. doi.org/10.1503/cmaj.110749
- Kaminer, D., du Plessis, B., Hardy, A., & Benjamin, A. (2013). Exposure to violence across multiple sites among young South African adolescents. *Peace and Conflict*, *19*(2), 112- 124. doi: 10.1037/a0032487
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Jama*, *293*(20), 2487-2495. doi:10.1001/jama.293.20.2487
- King, D. C., Abram, K. M., Romero, E. G., Washburn, J. J., Welty, L. J., Teplin, L. A. (2011). Childhood maltreatment and psychiatric disorders among detained youths. *Psychiatric Services*, *62*, 1430–1438. doi:10.1176/appi.ps.004412010

- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(1), 1-5. doi.org/10.1111/sltb.12068
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(2), 114-129. doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology, 12*(1), 307-330. doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K., & Burns, B. J. (2010). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation. A national sample of in-home and out-of-home care. *Child Maltreatment, 15*(1), 48–63. doi.org/ 10.1177/1077559509337892
- Kölves, K., & De Leo, D. (2016). Adolescent suicide rates between 1990 and 2009: Analysis of age group 15–19 years worldwide. *Journal of Adolescent Health, 58*(1), 69-77. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.014
- Kovess-Masfety, V., Boyd, A., Haro, J.M., Bruffaerts, R., Villagut, G., Lépine, J P, Gasquest, J. , y Alonso, J. (2011). High and low suicidality in Europe: a fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys. *Journal of Affective Disorders, 133*(1-2): 247-256. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.014.
- Kretschmar, J. M., Tossone, K., Butcher, F., & Flannery, D. J. (2017). Patterns of poly-victimization in a sample of at-risk youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 10*(4), 363-375. doi 10.1007/s40653-016-0109-9
- Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S., & Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 115*(523), 746–747. doi.org/10.1192/bjp.115.523.746-a
- Le, M. T. H., Holton, S., Nguyen, H. T., Wolfe, R., & Fisher, J. (2015). Poly-victimisation among Vietnamese high school students: Prevalence and demographic correlates. *Plos One, 10*(5), 1-22. doi: 1 0.1371/journal.pone.0125189
- Lev-Wiesel, R., Eisikovits, Z., First, M., Gottfried, R., & Mehlhausen, D. (2018). Prevalence of child maltreatment in Israel: A national epidemiological study. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 11*(2), 141-150. doi.org/10.1007/s40653-016-0118-8

- Linnoila, V. M., & Virkkunen, M. (1992). Aggression, suicidality, and serotonin. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53(10, Suppl), 46–51.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. doi.org/10.1111/1467-8624.00164.
- MacDonald, M. (2001). Suicidal behaviour. Social section. *GE Berrios y R. Porter, A history of clinical Psychiatry. The origin and history os Psychiatric Disorders, 2001*, 625-632.
- Mancho, R. (2012). *Les agressions en contextos tancats de Justícia Juvenil*. Barcelona. Recuperado de http://justicia.gencat.cat/web/.content/home/ambits/formacio__recerca_i_docum/rerca/categ_d_investigacions/per_ordre_cronologic/2012/les_agresions_en_contextos_tancats_de_justicia_juvenil/gestio_comportaments_agressiusce.pdf
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 30–41. doi.org/10.1111/j.16000447.2010.01612.x.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189. doi/full/10.1176/ajp.156.2.181
- Marin, L., DiFluvio, G. y Burke, T.K. (2009). Resilience and marginalized youth: Making a case for personal and collective meaning-making as part of resilience research in public health. *Social Science & Medicine*, 69, 565–570. doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.022
- Marušič, A. (2004). Toward a New Definition of Suicidality? Are We Prone to Fregoli's Illusion?. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25(4), 145–146. doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.145
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and psychopathology*, 23(2), 493-506. doi.org/10.1017/S0954579411000198

- Masten, A. S., & Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13-27. doi: 10.1196/annals.1376.003
- Masten, A., Best, K. y Garmezy, N. (1991). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444. doi.org/10.1017/S0954579400005812
- Menninger, K. (1938) *Man against himself*. New York: Harcourt Brace & World.
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. *Clinical child and family psychology review*, 16(2), 146-172. doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. I. Evaluación y Tratamiento. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_voll_compl.pdf
- Monique Burr Foundation. (2015). The Program - MBF Child Safety Matters. <https://mbfchildsafetymatters.org/program-overview-for-schools/>
- Morgan, J., & Hawton, K. (2004). Self-reported suicidal behavior in juvenile offenders in custody: Prevalence and associated factors. *Crisis*, 25(1), 8-11. doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.8
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 10, 13–26. doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002
- Neeleman, J., de Graaf, R., & Vollebergh, W. (2004). The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of affective disorders*, 82(1), 43-52. doi.org/10.1016/j.jad.2003.09.005
- Ng, Q. X., Yong, B. Z. J., Ho, C. Y. X., Lim, D. Y., & Yeo, W. S. (2018). Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 99, 129-141. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.001.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113

- Nock, M.K., Green, J.G., Hwang, .I, McLaughlin, K.A., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, *70* (3), 300-10. doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., & Silverman, M.M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life Threatening Behavior*, *26* (3):237-52. doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x
- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, *32*, 295-298.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, *1*(1), 73-85. doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6
- O'Connor, R. C., Platt, S., & Gordon, J. (2011). Towards an Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behaviour. En & R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy, and practice* (pp. 181–198). Malden, MA: John Wiley & Sons.
- O'Connor, R. C., & Portzky, G. (2018). Looking to the future: A synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1-14.
- Olweus, D., & Limber, S. P. (2010). Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, *80*(1), 124–134. doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01015.x
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1989). *Convención universal sobre los derechos de la infancia*. Recuperado de [https://www.unicef.org/panama/spanish/convencion\(3\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/convencion(3).pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide 1986 York, UK*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/ICP_PSF_017\(S\)](http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/ICP_PSF_017(S)).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Informe europeo sobre prevención del maltrato infantil [*European report on preventing child maltreatment*]. Ginebra, Suiza: WHO. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Suicidio. [Nota descriptiva]. Ginebra: Suiza: WHO. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2004). Suicide resilience inventory-25: Development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports, 94*, 1349–1360. doi.org/10.2466/pr0.94.3c.1349-1360.
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2014). Perceived social support buffers the impact of PTSD symptoms on suicidal behavior: Implications into suicide resilience research. *Comprehensive psychiatry, 55*(1), 104-112. doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.004
- Pelkonen, M., Karlsson, L., & Marttunen, M. (2011). Adolescent suicide: epidemiology, psychological theories, risk factors, and prevention. *Current Pediatric Reviews, 7*(1), 52-67. doi.org/10.2174/157339611795429080
- Pereda Beltran, N., & Tamarit Sumalla, J. M. (2013). *Victimología teórica y aplicada*. Barcelona: Huygens.
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Universitat de Barcelona. Tesis doctoral no publicada.
- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2012). *Victimología del desarrollo. Incidencia y repercusiones de la victimización y la polivictimización en jóvenes catalanes [Developmental victimology. Incidence and consequences of victimization and polyvictimization among Catalan youths]*. Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2015). Victimization and polyvictimization of Spanish youth involved in juvenile justice. *Journal of Interpersonal Violence, 1-29*. doi: 10.1177/0886260515597440
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., & Guilera, G. (2016). Good practices in the assessment of victimization: The Spanish adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire from a causal indicators approach. *Psychology of Violence*. doi.org/10.1037/vio0000075.

- Pereda, N., Guilera, G., & Abad, J. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 38, 640-649. doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.019
- Pereda, N., Greco, A., Bartolomé, M., Suárez-Soto, E., & Kanter, B. (2019). *Guía práctica para la investigación ética en violencia contra la infancia y la adolescencia*. Federación de Asociaciones para la Prevención de Maltrato Infantil (FAPMI). Recuperado de: https://bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/2019_UB_FAPMI_Guia_practica_para_investigacion.pdf
- Perkins, D. F., & Hartless, G. (2002). An ecological risk-factor examination of suicide ideation and behavior of adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 17(1), 3-26. doi.org/10.1177%2F0743558402171001
- Perkins, D. F., & Jones, K. R. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child abuse & neglect*, 28(5), 547-563. doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.12.001
- Pinto, C., Pereda, N., & Álvarez-Lister, M.S. (2017). Child victimization and polyvictimization in a community sample of adolescents in northern Chile. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 1-20. doi.org/10.1080/10926771.2017.1410748
- Plutchik, R., Van Praag, H. M., & Conte, H. R. (1989). Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces. *Psychiatry Research*, 28(2), 215-225. doi.org/10.1016/0165-1781(89)90048-6
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 801-813. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.02.004
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H., Bassett, C., Howat, N. et al. (2011). *Child abuse and neglect in the UK today*. London: NSPCC.
- Randall, K. (2015). *Crossover youth: Person-centered approaches to understanding youth involved in the child welfare and juvenile justice systems (Doctoral dissertation)*. University of Connecticut Graduate School. Recuperado de: <http://opencommons.uconn.edu/dissertations/742>
- Rhodes, A. E., Bethell, J., & Tonmyr, L. (2014). Child sexual abuse and youth suicide: A review of the evidence with implications for future research. *International Journal*

of Child, Youth and Family Studies, 5(1), 113-130.
doi.org/10.18357/ijcyfs.rhodesae.512014

- Ribeiro, J. D., Witte, T. K., Van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2014). Fearlessness about death: The psychometric properties and construct validity of the revision to the Acquired Capability for Suicide Scale. *Psychological Assessment*, 26(1), 115–126 12p. doi.org/10.1037/a0034858
- Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, et al. (2013). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis*, 34(3):164-82. doi.org/10.1027/0227-5910/a000168
- Rodríguez-Blanco, L., de Neira, M. D., García-Nieto, R., Zamorano-Ibarra, M. J., Ramos-García, S., Segura-Frontelo, A., ... & Carballo, J. J. (2015). Victimization exposure and suicidal ideation among Spaniard adolescents evaluated at outpatient mental health services. *International journal of adolescent medicine and health*, 27(2), 213-219. doi.org/10.1515/ijamh-2015-5014
- Romero Palanco, J. L., Gamero Lucas, J. J., & Martínez García, P. (2007). Aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en la provincia de Cádiz (1999-2003). *Cuadernos de Medicina Forense*, (47), 33-44.
- Rosenberg, M. L., Davidson, L. E., Smith, J. C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., ... & O'carroll, P. W. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Science*, 33(6), 1445-1456. doi.org/10.1520/JFS12589J
- Rutter, M. (2006). The promotion of resilience in the face of adversity. En A. Clarke-Stewart, & J. Dunn (Eds.). *The Jacobs Foundation series on adolescence. Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 26–52). New York, NY, US: Cambridge University Press. doi.org/10.1017/CBO9780511616259.003.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, 24(2), 335-344. doi.org/10.1017/S0954579412000028
- Rutter, P. A., Freedenthal, S., & Osman, A. (2008). Assessing protection from suicidal risk: Psychometric properties of the suicide resilience inventory. *Death Studies*, 32(2), 142–153. doi.org/10.1080/07481180701801295.
- Sánchez-Teruel, D. & Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35, 181-192. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77832241003>

- Saunders, B. E. (2003). Understanding children exposed to violence: Toward an integration of overlapping fields. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(4), 356-376. doi: 10.1177/0886260502250840
- Segura, A., Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2015). Victimization and polyvictimization among Spanish youth protected by the child welfare system. *Children and Youth Services Review, 59*, 105–112. doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.10.011.
- Segura, A., Pereda, N., Guilera, G., & Abad, J. (2016). Poly-victimization and psychopathology among Spanish adolescents in residential care. *Child abuse & neglect, 55*, 40-51. doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.009
- Segura, A., Pereda, N., Guilera, G., & Hamby, S. (2017). Resilience and psychopathology among victimized youth in residential care. *Child Abuse & Neglect, 72*, 301–311. doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.019.
- Shneidman, E. S. (1998). Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*(3), 245-250. doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00854.x
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E., Jr. (2007a). Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-threatening Behavior, 37*(3), 248–263. doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248.
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, M.D., O'Carroll, P.W., & Joiner, T.E. (2007b). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-threatening Behavior, 37*(3), 264-77. doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264
- Síndic de Greuges de Catalunya (2014). Informe sobre els drets de l'infant. 25 anys de la convenció: Principals reptes pendents [*Report on children's rights. 25 years from the convention: Main challenges*]. Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya.
- Síndic de Greuges de Catalunya (2009). *The protection of children at high social risk in Catalonia* [*La protecció de la infància en situació d'alt risc social a Catalunya*]. Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya.
- Soler, L., Paretilla, C., Kirchner, T., & Forns, M. (2012). Effects of poly-victimization on self-esteem and post-traumatic stress symptoms in Spanish adolescents. *European*

child & adolescent psychiatry, 21(11), 645-653. doi.org/10.1007/s00787-012-0301-x

- Soler, L., Segura, A., Kirchner, T., & Forns, M. (2013). Polyvictimization and risk for suicidal phenomena in a community sample of Spanish adolescents. *Violence and Victims*, 28(5), 899–912. doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00103.
- Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D., & Stanley, M. (1992). Suicide and the self-harm continuum: Phenomenological and biochemical evidence. *International Review of Psychiatry*, 4(2), 149–155. doi.org/10.3109/09540269209066312.
- Steele, M. M., & Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents part 1: etiology and risk factors. *Canadian journal of psychiatry*, 52(6), 21S. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/c5a2/6fcd3bce3d84cf7d66a4c173d87b876515c9.pdf>
- Stokes, M. L., McCoy, K. P., Abram, K. M., Byck, G. R., & Teplin, L. A. (2015). Suicidal ideation and behavior in youth in the juvenile justice system: A review of the literature. *Journal of Correctional Health Care*, 21(3), 222–242. doi.org/10.1177/1078345815587001.
- Stuart, C., Wallen, J. K., & Haelstromm, E. (2003). Many helping hearts: An evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment. *Death Studies*, 27(4), 321–333. doi.org/10.1080/07481180302906.
- Tamarit Sumalla, J. (2012). La articulación de la justicia restaurativa con el sistema de justicia penal. En J. Tamarit Sumalla (Coord.), *La justicia restaurativa: Desarrollo y aplicaciones* (pp. 61-88). Granada: Comares.
- Taussig, H. N., Harpin, S. B., & Maguire, S. A. (2014). Suicidality among preadolescent maltreated children in foster care. *Child Maltreatment*, 19(1), 17–26. doi.org/10.1177/1077559514525503.
- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K., & Mericle, A. A. (2002). Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of general psychiatry*, 59(12), 1133-1143. doi:10.1001/archpsyc.59.12.1133
- Thompson, R., Proctor, L. J., English, D. J., Dubowitz, H., Narasimhan, S., & Everson, M. D. (2012). Suicidal ideation in adolescence: Examining the role of recent adverse experiences. *Journal of adolescence*, 35(1), 175-186. doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.03.003
- Torok, M., Calear, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A., & Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change

- mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of adolescence*, 73, 100-112. doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.04.005
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science and Medicine*, 62(1), 13-27. doi:10.1016/j.socscimed.2005.05.030
- Turner, H. A., Finkelhor, D., Shattuck, A., & Hamby, S. (2012). Recent victimization exposure and suicidal ideation in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(12), 1149–1154. doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1549.
- Turner, H. A., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2017). Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(5), 755–780. doi.org/10.1177/2F0886260515586376.
- UNICEF. (2012). *Ethical principles, dilemmas and risks in collecting data on violence against children: A review of available literature*. New York, NY: UNICEF, Statistics and Monitoring Section, Division of Policy and Strategy.
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A.T. Hegerl, U. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. *Crisis*, 32(6), 319-333. doi.org/10.1027/0227-5910/a000109
- Van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 168(5), 435-442. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4143
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E., Jr. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197–215. doi.org/10.1037/a0025358
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. doi.org/10.1037/a0018697.
- Vander Stoep, A., McCauley, E., Flynn, C., & Stone, A. (2009). Thoughts of death and suicide in early adolescence. *Suicide and life-threatening behavior*, 39(6), 599-613. doi/abs/10.1521/suli.2009.39.6.599
- Vidal Casero, M. C. (2002). La evolución legislativa de la protección del menor, la defensa de sus derechos y la atención a su salud [*Legislative developments of child*

protection, the defense of their rights and their health care]. *DS: Derecho y salud*, 10(2), 219-230.

- Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 14. doi.org/10.1186/1753-2000-6-14
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., ... & Cosman, D. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC public health*, 10(1), 192. doi:10.1186/1471-2458-10-192
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., . . . Carli, V. (2015). School- based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385, 1536–1544. doi:10.1016/S0140-6736(14)61213-7
- Wasserman, G. A., & McReynolds, L. S. (2006). Suicide risk at juvenile justice intake. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Vol. 36. *Suicide and Life-Threatening Behavior* (pp. 239-249–). doi.org/10.1521/suli.2006.36.2.239.
- Wasserman, G. A., McReynolds, L. S., Lucas, C. P., Fisher, P., & Santos, L. (2002). The voice DISC-IV with incarcerated male youths: Prevalence of disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(3), 314-321. doi.org/10.1097/00004583-200203000-00011
- World Medical Association (WMA) (2008). Ethical principles for medical research involving human subjects. Adopted by the 59th WMA general assembly. (Seoul, Korea. Retrieved from) <http://www.wma.net/>.
www.ahda.org/downloads/ISSBD2006Gartland.pdf.
- Yang, B., & Clum, G. A. (2000). Childhood stress leads to later suicidality via its effects on cognitive functioning. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30, 183–198. doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb00985.x.
- You, S., Talbot, N. L., He, H., & Conner, K. R. (2012). Emotions and suicidal ideation among depressed women with childhood sexual abuse histories. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 42, 244–254. doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012. 00086.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X

Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Ortega, J., Vallejo, M. A., & Sierra, J. C. (2009). Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes españoles a partir del Youth Self-Report/11-18 [Psychosocial and psychopathological characteristics in a sample of Spanish adolescents from the Youth Self-Report/11-18]. *Anales de Psicología*, 25(1), 60–69. doi.org/10.6018/analesps.25.1.71501.

12. Apéndices

12.1. Anexo I. Trabajo empírico complementario

Título: ¿Víctimas o delincuentes?: Jóvenes implicados en los sistemas de protección y justicia juvenil en Cataluña.

Este estudio fue publicado como: Suárez-Soto, E., Pereda, N., Guilera, G., & Catalan, N. (2018). ¿Víctimas o delincuentes?: Jóvenes implicados en los sistemas de protección y justicia juvenil en Cataluña. *Revista de victimologia*, 8, 103-130. doi:10.12827/RVJV.8.04

País de Publicación: España

Año de publicación: 2018

ISSN: 2385-779X

Editorial: Huygens.



■ artículo

SCV Societat Catalana
de Victimologia

SOCIETAT VALENCIANA DE VICTIMOLOGIA
SOCIEDAD VALENCIANA DE VICTIMOLOGIA

HUYGENS
EDITORIAL

REVISTA DE VICTIMOLOGÍA | JOURNAL OF VICTIMOLOGY
Online ISSN 2385-779X
www.revistadevictimologia.com | www.journalofvictimology.com
DOI 10.12827/RVJV.8.04 | N. 8/2018 | P. 103-130
Fecha de recepción: 16/11/2018 | Fecha de aceptación: 04/12/2018

¿Víctimas o Delincuentes?: Jóvenes implicados en los sistemas de protección y justicia juvenil en Cataluña: Un estudio exploratorio

Victims or Delinquents?: Adolescents involved in the child welfare and juvenile justice systems in Catalonia: An exploratory study

Elizabeth Suárez-Soto

Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA)
Universitat de Barcelona

Noemí Pereda

Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA)
Universitat de Barcelona
Institut de Neurociències

Georgina Guilera

Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA)
Universitat de Barcelona
Institut de Neurociències

Nuria Catalán

Universitat Oberta de Catalunya

La correspondencia relativa a este documento debe dirigirse a Elizabeth Suárez-Soto, Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona, Espanya. Passeig Vall d'Hebron, 171, 08035 Barcelona, Espanya. Tel. +34 933125113. Correo electrónico: esuareso7@alumnes.ub.edu

Nota del autor

Elizabeth Suárez-Soto, Noemí Pereda, Georgina Guilera, Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GReVIA). Elizabeth Suárez-Soto y Noemí Pereda, Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona, Espanya. Georgina Guilera, Departament de Psicologia Social i Psicologia Quantitativa, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona, Espanya. Noemí Pereda y Georgina Guilera, Institut de Neurociències. Nuria Catalán, Departament de Criminologia, Universitat Oberta de Catalunya, Espanya.

12.2. Anexo II. Carta de aprobación de la investigación con muestra de justicia juvenil y de protección, emitida por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona.



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Gestió de la Recerca

Pavelló Rosa (recinte Matemàtic)
primer pis
Travessera de les Corts, 131-139
08028 Barcelona
Tel. 93 403 53 95 - 93 403 53 97
Fax (34) 93 403 54 00
g.recerca@ub.edu
www.ub.es/ogrologre.htm

Comisión de Bioética
de la Universitat de Barcelona

Certificado de aprobación
Sobre experimentación en humanos o en muestras de origen humano

Don Albert Royes Qui, Secretario de la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona.

CERTIFICA:

Que la Dra. **Noemi Pereda Beltran** presentó el proyecto titulado "Resiliència en menors tutelats a Catalunya: un estudi sobre factors de risc i de protecció", a la convocatòria Recercaixa 2013.

La Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona analizó toda la documentación presentada por la Dra. **Noemi Pereda Beltran** y, por acuerdo de fecha 3 de febrero de 2014, aprobó informar **favorablemente** desde el punto de vista bioético el proyecto de investigación de referencia.

Y para que conste y a los efectos que corresponda, firmo este documento con el visto bueno del presidente de la Comisión en Barcelona a 3 de febrero de 2014.

Vº Bº El presidente de la Comisión de Bioética
de la Universitat de Barcelona

Jordi Alberch Viè

Institutional Review Board (IRB00003099)

12.3. Anexo III. Hoja informativa de la investigación para padres, madres o tutores legales



HOJA DE INFORMACIÓN A PADRES, MADRES O TUTORES LEGALES

Responsables del estudio. El estudio para el que se solicita su consentimiento está dirigido por el Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent de la Universitat de Barcelona.

Para resolver cualquier duda relacionada con éste puede dirigirse a:

Dra. Noemi Pereda
Telf. 933125113
E-mail: npereda@ub.edu

Descripción. Se solicita su colaboración en un estudio sobre cómo la autoestima o el apoyo social puede ayudar a los adolescentes a superar las dificultades. Su participación consistirá en permitir que su hijo o hija, o menor bajo su tutela, rellene unos breves cuestionarios sobre: a) la percepción que tiene de sí mismo/a y del apoyo que recibe de los demás; b) su estado emocional y comportamiento; y, c) las posibles situaciones problemáticas vividas durante su infancia o adolescencia. Los datos que facilite serán tratados estadísticamente conjuntamente con los datos proporcionados por el resto de participantes.

Tiempo necesario. La participación del su hijo o hija, o menor bajo su tutela, en la respuesta a los cuestionarios durará aproximadamente 60 minutos.

Riesgos y beneficios. No se prevé ningún riesgo asociado a la participación en este estudio.

Participación voluntaria. La participación en el estudio es totalmente voluntaria y el participante tiene la posibilidad de retirarse en cualquier momento. La negativa a participar o el abandono del estudio no tendrán ningún tipo de repercusión.

Consentimiento del menor. En el caso que su hijo o hija, o menor bajo su tutela, tenga 12 años o más es necesario que también dé su consentimiento sobre su participación en el estudio.

Confidencialidad. De acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, se preservará en todo momento la confidencialidad de los datos obtenidos. La información proporcionada por su hijo o hija, o menor bajo su tutela, se protegerá con los medios disponibles en la Universitat de Barcelona. Los resultados de este estudio pueden llegar a publicarse de forma agregada en libros o revistas especializadas o pueden usarse con finalidades didácticas.

Agradecemos sinceramente su participación.

12.4. Anexo IV. Hoja informativa para el participante



HOJA DE INFORMACIÓN AL ENTREVISTADO/ENTREVISTADA

Responsables del estudio. El estudio para el que solicitamos tu consentimiento está dirigido por el Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent de la Universitat de Barcelona.

Para resolver cualquier duda relacionada con éste puedes dirigirte a:

Dra. Noemí Pereda

Telf. 933125113

E-mail: npereda@ub.edu

Descripción. Solicitamos tu colaboración en un estudio sobre cómo la autoestima o el apoyo social puede ayudar a los adolescentes a superar las dificultades. Tu participación consistirá en responder unos cuestionarios sobre: a) la percepción que tienes de ti mismo/a y del apoyo que recibes de los demás; b) cómo te sientes y te comportas; y, c) las posibles situaciones problemáticas vividas durante tu infancia o adolescencia. Los datos facilitados serán tratados estadísticamente conjuntamente con los datos proporcionados por el resto de participantes.

Tiempo necesario. La respuesta a los cuestionarios durará aproximadamente 60 minutos.

Riesgos y beneficios. No se prevé ningún riesgo asociado a la participación en este estudio.

Participación voluntaria. La participación en el estudio es totalmente voluntaria y el participante tiene la posibilidad de retirarse en cualquier momento. La negativa a participar o el abandono del estudio no tendrán ningún tipo de repercusión.

Confidencialidad. De acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, se preservará en todo momento la confidencialidad de los datos obtenidos. La información proporcionada se protegerá con los medios disponibles en la Universitat de Barcelona. Los resultados de este estudio pueden llegar a publicarse de forma agregada en libros o revistas especializadas o pueden usarse con finalidades didácticas.

Agradecemos sinceramente tu participación.

12.5. Anexo V. Consentimiento Informado padres



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento certifica que usted entiende los objetivos del estudio y acepta voluntariamente participar en esta investigación.

El SR./SRApadre/madre/tutor

legal/ del/la joven **declara que:**

- ♦ Ha recibido y comprendido con claridad la información sobre la naturaleza y objetivos de este estudio.
- ♦ Ha tenido la oportunidad de ampliar la información SÍ NO autoriza su realización.
- ♦ También sabe que tiene la posibilidad de retractarse de esta autorización en cualquier momento.

- FIRMA PADRE/MADRE ó TUTOR LEGAL FIRMA DEL CHICO/CHICA

- Barcelona, de de

12.6. Anexo VI. Consentimiento informado participante



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento certifica que entiendes los objetivos del estudio y aceptas voluntariamente participar en esta investigación.

Yodeclaro que:

- ♦ He recibido y comprendido con claridad la información sobre la naturaleza y objetivos de este estudio.
- ♦ He tenido la oportunidad de ampliar la información y SÍ NO autorizo su realización.
- ♦ También sé que tengo la posibilidad de retractarme de esta autorización en cualquier momento.

- FIRMA:

- Barcelona, de..... de

12.7. Anexo VII. Ejemplo de compromiso de confidencialidad de los datos para los colaboradores del estudio



COMPROMÍS DE CONFIDENCIALITAT I D'EXPLOTACIÓ DE TREBALLS

Amb el present document, en/na amb DNI....., col·laborador/a voluntari en la recerca *'Victimització en infants i adolescents atesos per la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència'* coordinada per la Universitat de Barcelona,

EM COMPROMETO A:

- Respectar la confidencialitat de totes les dades que per qualsevol medi (escrit, filmat, presencial, etc.) arribin al meu coneixement durant la realització d'aquesta col·laboració als centres de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, no desvelant ni reproduint de cap manera cap d'aquestes dades fora del propi centre o de les entrevistes amb els responsables de la recerca. Assumeixo que les dades anteriorment esmentades poden referir-se tant a pacients, usuaris com familiars de qualsevol d'ells i, igualment, inclouen qualsevol fet observat per mi o narrat pel personal del centre i que es refereixen a aquest personal. Especialment, queden incloses les dades de caràcter personal contingudes en fitxer automatitzats o no de la institució, en els termes previstos a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.
- No fer ús o explotació de la feina realitzada en el centre o de les dades recollides més enllà de les tasques pròpies del projecte de recerca. Assumeixo que qualsevol altra possible ús del treball realitzat com a voluntari haurà de ser expressament autoritzat per la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència i pels responsables de la recerca.
- Comportar-me al llarg de la meva col·laboració i en relació amb el personal del centres de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència d'acord amb els principis establerts pel Codi Deontològic del Psicòleg del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

Com a prova de la responsabilitat que assumeixo, signo el present document en presència d'un representant de l'equip de l'esmentada recerca.

Barcelona,de.....de 2012

Signatura del col·laborador voluntari