



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Profundizando en el malestar psicológico de los adolescentes y sus diversas expresiones: variables implicadas

Irina Planellas Kirchner

**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](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://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](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://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](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://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

Facultat de Psicologia

**PROFUNDIZANDO EN EL MALESTAR  
PSICOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES Y SUS  
DIVERSAS EXPRESIONES: VARIABLES  
IMPLICADAS**

Tesis presentada por

**Irina Planellas Kirchner**

Para optar al grado de doctora en Psicología.

Programa de doctorado: Psicología Clínica y de la Salud.

Universitat de Barcelona.

**JUNIO 2022**



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Facultat de Psicologia

**PROFUNDIZANDO EN EL MALESTAR  
PSICOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES Y SUS  
DIVERSAS EXPRESIONES: VARIABLES  
IMPLICADAS**

Tesis presentada por

**Irina Planellas Kirchner**

Programa de doctorado: Psicología Clínica y de la Salud.

Facultad de Psicología.

Universitat de Barcelona

Directora: **Dra. Caterina Calderón Garrido**

---

## *AGRADECIMIENTOS*

---

Aquesta tesis la dedico als meus pares, especialment a la meva mare, per acompanyar-me durant tot el procés.

El meu agraïment a tots els que han estat al meu costat i m'han recolzat, en especial a la Dra. Caterina Calderón per guiar-me, ajudar-me i aconsellar-me durant l'elaboració de la present tesis.

Finalment donar les gràcies als adolescents i les seves mares/pares i tutors legals per haver fet possible la realització d'aquest treball.





UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Facultat de Psicologia

**Caterina Calderón Garrido**, Doctora en Psicología y Profesora agregada del Dpto. de Psicología Clínica y Psicobiología, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona.

CERTIFICA:

Que el trabajo titulado “**Profundizando en el Malestar Psicológico de los Adolescentes y sus diversas Expresiones: variables implicadas**” realizado íntegramente por **IRINA PLANELLAS KIRCHNER** bajo mi supervisión. Dicho trabajo está concluido y, bajo mi criterio, reúne todos los méritos necesarios para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Barcelona.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente certificación en Barcelona a 04 de julio de 2022:

**CALDERON** Firmado  
digitalmente por  
**GARRIDO** CALDERON  
**CATERINA** - GARRIDO CATERINA  
- 52408947C  
**52408947C** Fecha: 2022.07.05  
08:45:29 +02'00'

Sgd.

Caterina Calderón Garrido



# ÍNDICE

Relación de acrónimos.....	1
Prefacio.....	3
Resumen.....	5
Abstract.....	7
Estructura de la tesis.....	9
<b>Capítulo I: Introducción.....</b>	<b>11</b>
1.1. La adolescencia .....	12
1.2. Ideación suicida, intencionalidad suicida y prácticas autolesivas.....	16
1.3. Personalidad.....	19
1.4. Eventos vitales potencialmente traumáticos.....	22
1.5. Psicopatología.....	24
1.6. Afrontamiento.....	27
1.7. Objetivos e hipótesis.....	31
<b>Capítulo II: Metodología.....</b>	<b>35</b>
2.1. Diseño de investigación.....	36
2.2. Participantes.....	38
2.3. Instrumentos.....	40
2.4. Procedimiento.....	42
2.5. Análisis de datos.....	43
<b>Capítulo III: Resultados.....</b>	<b>47</b>
Estudio 1.....	49
Estudio 2.....	82
<b>Capítulo IV: Discusión general, limitaciones de los estudios, implicaciones y futuras líneas de investigación.....</b>	<b>111</b>
4.1. Discusión general.....	112
4.2. Limitaciones de los estudios.....	122
4.3. Implicaciones.....	124
4.4. Futuras líneas de investigación.....	133
<b>Capítulo V: Conclusiones.....</b>	<b>135</b>
5.1 Conclusiones.....	136
<b>Capítulo VI: Referencias .....</b>	<b>139</b>
<b>Capítulo VII: Anexos.....</b>	<b>153</b>



Anexo 1. Hoja de consentimiento informado.....	154
Anexo 2. Cuestionarios y test utilizados.....	157
Anexo 3. Baremos BFI.....	172

---

## *RELACIÓN DE ACRÓNIMOS*

---

<b>A-COPE</b>	Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences
<b>A</b>	Agreeableness
<b>BFI</b>	Big Five Inventory
<b>BFPTM</b>	Big Five Personality Traits Model
<b>C</b>	Conscientiousness
<b>CBUB</b>	Bioethics Committee of the University of Barcelona in Spain
<b>CRS</b>	Conductas relacionadas con el suicidio
<b>E</b>	Extraversión
<b>EVPT</b>	Eventos vitales potencialmente traumáticos
<b>IDESCAT</b>	Institut d'Estadística de Catalunya
<b>INE</b>	National Institute of Statistics
<b>JCR</b>	Journal Citations Reports
<b>LITE-S</b>	Lifetime Incidence of Traumatic Events - Student form
<b>N</b>	Neuroticism
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>O</b>	Openness
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PTLEs</b>	Potentially traumatic life events
<b>RR</b>	Riesgo relativo
<b>SRB</b>	Suicide-related behaviours
<b>YSR</b>	Youth Self Report
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>WMA</b>	World Medical Association



---

## *PREFACIO*

---

La tesis doctoral que aquí se presenta se inserta en un marco conceptual amplio que se entronca con mi trayectoria investigadora que se remonta a varios años atrás.

Durante el curso académico 2012-2013 tuve la oportunidad de obtener una beca de colaboración en el departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (resolución BOE núm. 190, de 9 de agosto de 2012; *Activitats de Millora i Innovació Docent*: codi 11/IV/MM-Eva/41/KIR. Codi: 2007TED-UB/013. Codi 2007PID-UB/2007). Fui adscrita al proyecto de investigación titulado: «*Incorporació de noves tecnologies a l'avaluació psicològica i recerca sobre efectes psicològics de la polivictimització*», liderado por la Dra. María Forns y la Dra. Teresa Kirchner. Dicho proyecto estaba vinculado la investigación: «*Victimización y Resiliencia en adolescentes*», becada por el Ministerio de Ciencia e Innovación (Proyecto competitivo PSI 2009 - 11542).

Este proyecto se centraba en analizar diversas problemáticas que afectan a los adolescentes y sus repercusiones psicológicas, tema que siempre ha sido de mi interés. Mientras cursaba los estudios del Master General Sanitario seguí colaborando con dichas profesoras y participé activamente en algunas de las investigaciones que estaban realizando, cooperando en sus distintas fases: administrando test en colegios e institutos, corrigiendo protocolos, confeccionando la base de datos y analizándolos.

Esta etapa cristalizó en la publicación de diversos artículos científicos, la mayoría de ellos publicados en revistas de reconocido prestigio nacional e internacional, indexadas en publicaciones de referencia solventes como el *Journal Citations Reports* (JCR) del *Institute of Scientific Information* (ISI; *Web of Science*) y que cuentan con factor de impacto. Asimismo, los resultados obtenidos se han divulgado mediante numerosas presentaciones a congresos nacionales e internacionales.

Estas primeras experiencias en el campo de la investigación psicológica se vieron complementadas con experiencia clínica, experiencia iniciada de la mano de

la Dra. Caterina Calderón. La Dra. Caterina Calderón no sólo me transmitió sus sólidos conocimientos en evaluación y tratamiento psicológico, sino que me infundió una gran motivación por la clínica aplicada, motivación que se ha visto incrementada y consolidada durante estos últimos cinco años. Actualmente soy psicóloga de referencia de «Sanitas» en el Centro Médico Rehasitet.

El entroncamiento de experiencia en investigación y en la práctica clínica, desde mi punto de vista, es fundamental en campo de la evaluación psicológica. La evaluación psicológica es una disciplina con sólidos fundamentos teóricos, pero también con amplia aplicabilidad en numerosos ámbitos del quehacer humano; y es un hecho constatado que cada vez va adquiriendo mayor trascendencia social. Por ello, no sólo es preciso demostrar fenómenos, sino entenderlos y ubicarlos en su marco contextual. Y es en ambas vertientes en las que me he fundamentado para poder llevar a cabo la tesis doctoral que ahora presento.

La profundización en diversas problemáticas y vivencias que afectan a los adolescentes (vivencias de eventos potencialmente traumáticos, estrategias de afrontamiento del estrés, rasgos de personalidad, sintomatología psicológica, conductas de riesgo suicida, entre otras) ha constituido el eje central sobre el que giran los estudios que componen esta tesis.

El objetivo último de estas investigaciones ha sido la identificación de variables psicológicas que permitan detectar a los y a las adolescentes con mayor riesgo de conductas desajustadas, a fin de posibilitar la implementación de políticas preventivas y/o de intervención. Es dentro de este ámbito de interés donde cabe ubicar la tesis que a continuación se presenta.

---

## RESUMEN

---

**Antecedentes:** la adolescencia es una etapa compleja del desarrollo humano en la que se experimentan cambios físicos, emocionales y sociales, y donde el adolescente va forjando un patrón relativamente estable de conducta, pensamiento y emoción: es decir, su personalidad. El adolescente puede haber experimentado circunstancias vitales potencialmente traumáticas que si no se afrontan de manera correcta pueden derivar en desajuste psicológico. Una de las manifestaciones de dicho malestar emocional son las conductas relacionadas con el suicidio (CRS).

**Objetivos:** El objetivo genérico de esta tesis doctoral es profundizar en el malestar emocional de adolescentes comunitarios. Este objetivo se ha operativizado mediante dos estudios. El primero tiene dos propósitos principales: a) analizar la evolución con el tiempo del malestar generado por Eventos Vitales Potencialmente Traumáticos (EVPT) referidos por adolescentes e identificar qué estresores se asocian a un decremento en el nivel de estrés, a un incremento, a no estrés o a permanencia en el nivel inicial de estrés; b) Observar para cada una de estas trayectorias, vinculadas a diferentes tipos de estresores, las estrategias de afrontamiento utilizadas y el nivel de sintomatología psicológica presentada. El segundo estudio tiene como meta determinar el papel de los rasgos de la personalidad, dentro del modelo de los *Big Five*, en la predicción de conductas relacionadas con el suicidio (CRS).

**Metodología:** Para el primer estudio se empleó un diseño transversal comparativo. Se administró a un total de 553 adolescentes (60,6% chicas, edad media: 15,6 años) el *Youth Self Report*, el *Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences* y el *Lifetime Incidence of Traumatic Events - Student form* que evalúan psicopatología, estrategias de afrontamiento y vivencias de eventos traumáticos respectivamente. Para el segundo estudio se empleó un diseño transversal comparativo y predictivo. Se administró a 1027 adolescentes (62% chicas, edad media: 15,5 años) dos cuestionarios: el *Big Five Inventory* (BFI) para evaluar los rasgos de personalidad y el YSR para evaluar las CRS.

**Resultados:** *Estudio 1:* aunque la gran mayoría de adolescentes refiere haber experimentado al menos 1 EVPT a lo largo de su vida, más de la mitad percibe una reducción del estrés inicial. Se ha identificado el tipo de estresor de mayor impacto emocional y del que les cuesta más recuperarse. Los síntomas ansiosos y las conductas oposicionistas desafiantes se observan en los participantes que refieren un aumento con el tiempo del malestar inicial percibido. No se hallan diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento utilizadas según el tipo de evolución del estrés percibido, a excepción de la búsqueda de amistad, menos utilizada por los que no perciben estrés. *Estudio 2,* la combinación de la dimensión del Neuroticismo con las restantes dimensiones de la personalidad del BFI se asocia con mayor riesgo de CRS en comparación a las dimensiones no combinadas. Hay combinaciones cuyo riesgo relativo es muy elevado lo que permite hacer predicciones y detectar a las personalidades más vulnerables de incurrir en CRS.

**Conclusiones:** estos resultados permiten implementar políticas preventivas y de intervención psicológica.

**Palabras clave:** adolescentes, eventos vitales potencialmente traumáticos, afrontamiento, ideación/intento suicida, personalidad.



---

## *ABSTRACT*

---

**Background:** Adolescence is a complex stage of human development in which physical, emotional and social changes are experienced, and where the adolescent is forging a relatively stable pattern of behavior, thought and emotion: that is, his/her personality. The adolescent may have experienced potentially traumatic life circumstances that, if not dealt with correctly, can lead to psychological maladjustment. One of the manifestations of this emotional distress is behaviors related to suicide (SRB).

**Objectives:** The generic objective of this doctoral thesis is to delve into the emotional distress of community adolescents. This objective has been operationalized through two studies. The first of them has two main purposes: a) to analyze the evolution over time of the discomfort generated by Potentially Traumatic Life Events (PTVE) reported by adolescents, and to identify which stressors are associated with a decrease in the level of stress, an increase, no stress or permanence at the initial level of stress; b) to observe for each of these trajectories linked to different types of stressors the coping strategies used and the level of psychological symptomatology reported. The second study aims to determine the role of personality traits- within the Big Five model- in predicting behaviors related to suicide (SRB).

**Methodology:** For the first study, a comparative cross-sectional design was used. Participants were 553 adolescents (60.6% girls, mean age 15.6) who answered the Youth Self Report (YSR), the Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences (A-COPE) and the Lifetime Incidence of Traumatic Events - Student form (LITE-S) that evaluate psychopathology, coping strategies and experiences of traumatic events respectively. For the second study, a cross-sectional comparative and predictive design was used. Participants were 1027 adolescents (62.2% girls, mean age 15.5) who answered the Big Five Inventory (BFI) for assessed personality traits and the YSR for CRS.

**Results:** In study 1 it was found that, although the vast majority of adolescents report having experienced at least 1 PTLE throughout their lives, more than half perceive a reduction in initial stress. Likewise, the type of stressor with the greatest emotional impact and from which it is more difficult for them to recover has been identified. Anxious symptoms and oppositional defiant behaviors are observed in participants who report an increase over time in initial perceived discomfort. No significant differences were found in the coping strategies used according to the type of evolution of perceived stress, except for the search for friendship, less used by those who do not perceive stress. Regarding study 2, the combination of the Neuroticism dimension with the remaining BFI personality dimensions is associated with a higher risk of CRS compared to the uncombined dimensions. There are combinations whose relative risk is very high, which makes it possible to make predictions and detect the personalities most vulnerable to incurring CRSs.

**Conclusions:** these results allow the implementation of preventive policies and psychological intervention.

**Keywords:** adolescents, potentially traumatic life events, coping, suicidal ideation/attempt, personality.





---

## ***ESTRUCTURA DE LA TESIS***

---

El presente trabajo doctoral, titulado «*Profundizando en el malestar psicológico de los adolescentes y sus diversas expresiones: variables implicadas*» se configura como una investigación empírica cuyos protagonistas son los adolescentes, con sus vivencias, sus actitudes y sus problemáticas.

La tesis está compuesta por dos estudios distintos, pero interrelacionados. El eje central que los une es el interés por profundizar en vivencias que afectan a adolescentes y variables asociadas, a fin de poder obtener una visión pormenorizada que permita una mayor comprensión de sus inquietudes y actitudes.

El **primer estudio** realizado (*Do teenagers recover from traumatic situations? Identification of types of change and relationship with psychopathology and coping*) se centra en analizar si los adolescentes se recuperan emocionalmente de diversos problemas o de situaciones potencialmente traumáticas acaecidas a lo largo de su vida. Este estudio ha sido publicado en la revista *Children and Youth Services Review*.

**Planellas, I.**, Magallón-Neri, E., Kirchner, T., Forns, M., & Calderón, C. (2020). Do teenagers recover from traumatic situations? Identification of types of change and relationship with psychopathology and coping. *Children and Youth Services Review*, 116, Article 105147. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105147>.

**FI: 2.393. Q1 Social Work 9/44, Q2 Family Studies 19/46.**

El **segundo estudio** (*Detecting the risk of suicidal-related behaviours in teenagers by means of combined personality dimensions*) se focalizada en analizar conductas de riesgo entre adolescentes y jóvenes, como son los pensamientos suicidas, las conductas autolesivas y los intentos suicidas. Se trata de determinar si los rasgos de la personalidad, concepto enmarcado dentro de la teoría de los *Big Five*, pueden ser predictores eficaces de dichas conductas de riesgo. Este estudio ha sido publicado en la revista *Children and Youth Services Review*.

**Planellas, I.** & Calderón, C. (2022). Detecting the risk of suicidal-related behaviours in teenagers by means of combined personality dimensions. *Children and Youth Services Review*, 138. Article 106500  
<https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2022.106500>

**FI: 2.393. Q1** Social Work 9/44, **Q2** Family Studies 19/46.

Esta segunda investigación ha sido complementada con algunos análisis *ad hoc* que pueden resultar de interés al lector y que se han incluido en los anexos.

La tesis se organiza en 6 capítulos:

En el **capítulo I** se ha establecido un marco teórico en el que se ha contextualizado la adolescencia como etapa del desarrollo humano y se ha efectuado un breve resumen de las principales variables analizadas en los dos estudios realizados. Asimismo, se detallan los objetivos e hipótesis vinculados a cada uno de los estudios.

El **capítulo II** aborda la metodología empleada.

El **capítulo III** está referido a los resultados obtenidos, donde se incluyen los dos estudios realizados en su formato de publicación.

En el **capítulo IV** se efectúa una discusión general de los resultados obtenidos y se comentan las principales limitaciones de esta tesis.

En el **capítulo V** se destacan las principales conclusiones a las que se ha llegado; asimismo, se resaltan las implicaciones derivadas de los análisis efectuados y se proponen medidas de intervención y de prevención.

El **capítulo VI** incluye las fuentes referenciales consultadas. Finalmente, en el **capítulo VII** se incluyen los Anexos.

---

*CAPÍTULO I*  
*INTRODUCCIÓN*

---

Este capítulo se centra en configurar un marco teórico donde contextualizar, explicar e imbricar las diferentes variables analizadas en los estudios que configuran esta tesis doctoral, así como en especificar sus objetivos. Dado que todos los trabajos se inscriben dentro del periodo evolutivo del desarrollo humano denominado adolescencia, vamos a dedicar unas líneas iniciales a definir y delimitar este concepto.

## *1.1. La adolescencia*

---

Suele definirse la adolescencia como el período de transición de la niñez a la edad adulta. No siempre hay acuerdo en los años concretos que abarca esta etapa; por ello los rangos etarios pueden variar ligeramente según diferentes autores. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) este período va desde los 10 a los 19 años, con tres grandes subdivisiones: adolescencia temprana (de los 10 a los 13 años), adolescencia media (de los 14-16) y adolescencia tardía (empieza a los 17 y puede extenderse hasta los 21). Otros autores modifican ligeramente los bloques de edad: por ejemplo, para Allen y Waterman, (2019) de la *Healthy Children Organization* la adolescencia temprana iría de los 10 a los 13 años, la adolescencia media de los 14-17 y la adolescencia tardía de los 18-21. Los mismos bloques que estas últimas autoras refieren Radzik et al. (2009). En cada una de dichas etapas se operan cambios específicos y cada una de ellas posee sus propias tareas de desarrollo.

Una de las características fundamentales de esta etapa son los profundos cambios multinivel que se operan en ella: físicos, fisiológicos, cognitivos, psicológicos y sociales, se cuentan entre los más importantes. A nivel cognitivo (Inhelder y Piaget, 1955; Piaget, e Inhelder, 1966) estos cambios se caracterizan por un incremento de las operaciones lógicas formales: se incrementa el pensamiento abstracto, la capacidad de razonar, inferir y deducir, es decir, la capacidad hipotético-deductiva. La aparición de las habilidades metacognitivas (conocimiento sobre los propios procesos de pensamiento) implica un acrecentamiento de los procesos de planificación, organización, monitorización y autorregulación (Carretero, 1985). Esta

evolución de las capacidades cognitivas y metacognitivas incide en que los adolescentes empiecen a formarse sus propias opiniones y a discutir o poner en duda las de los demás. La comparación y el debate de ideas son frecuentes en esta etapa.

A nivel psicosocial también se operan cambios importantes que, según Radzik et al. (2009), pueden concretarse en cuatro ejes: *lucha entre dependencia-independencia, preocupación por el aspecto físico e imagen corporal, integración en el grupo de amigos, y desarrollo de la propia identidad*. La lucha entre dependencia-independencia se traduce en que la relación con los padres se vuelve conflictiva, conflictividad que alcanza su máxima expresión entre los 15 y 17 años. Son frecuentes las conductas de rebeldía y oposición.

Por otra parte, por lo que atañe al segundo eje, los rápidos cambios a nivel físico que se operan en esta etapa pueden crear en los y las adolescentes sentimientos de extrañeza ante su propio cuerpo e incluso rechazo hacia él. En la adolescencia media se advierte una mejor aceptación del propio aspecto físico, aceptación que se incrementa en la adolescencia tardía.

Por lo que se refiere al tercer eje relativo a la integración en el grupo de amigos, las amistades desplazan a los padres como punto de referencia y llegan a ser para el adolescente lo más importante, estableciéndose fuertes relaciones emocionales. Suele ser frecuente adoptar signos comunes de identidad con los miembros de las pandillas (tatuajes, cierto tipo de indumentaria, ciertos hábitos, etc.).

Finalmente, el cuarto eje hace referencia al desarrollo de la propia identidad, identidad del yo, sexual, vocacional y moral. El adolescente va pasando de objetivos utópicos e irreales en la primera etapa, rechazando la intervención de los padres, a objetivos más realistas en la adolescencia media (15-17), y a una conciencia realista y mayor concreción de valores en la adolescencia tardía. En la adolescencia media (15-17 años) se advierten sentimientos omnipotentes que pueden llevar a efectuar conductas de riesgo. Según el ya clásico trabajo de Erik Erickson (1963), es precisamente esta creación de la propia identidad el principal problema evolutivo que deben encarar los adolescentes y que puede derivar en lo que el autor denominó «crisis de identidad».

En la tabla 1 se ofrece un resumen de los hitos y características más importantes según las diferentes subetapas que configuran la adolescencia.

**Tabla 1.** Características del desarrollo psicosocial y emocional en la adolescencia (adaptado de Radzik et al., 2009).

<b>CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y EMOCIONAL EN LA ADOLESCENCIA</b>		
<i>12 a 14 años</i>	<i>15 a 17 años</i>	<i>18 a 21 años</i>
<b>Dependencia-independencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se desplaza el foco de referencia de los padres a las amistades.</li> <li>✓ Lucha por crearse una identidad propia.</li> <li>✓ Se pone a prueba la autoridad de los adultos.</li> <li>✓ Sentido de identidad difuso.</li> </ul>	<b>Dependencia-independencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se acrecientan los conflictos con los padres.</li> <li>✓ Se acrecienta la independencia de los padres.</li> <li>✓ Se discuten sus ideas.</li> <li>✓ Se va perfilando el sentido de la propia identidad.</li> </ul>	<b>Dependencia-independencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consolidación de la independencia.</li> <li>✓ Regreso “al hogar”.</li> <li>✓ Consolidación del sentido de la propia identidad.</li> <li>✓ El grupo de amigos va perdiendo importancia en pro de relaciones individuales o grupos más pequeños.</li> </ul>
<b>Preocupación por el aspecto corporal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Inseguridad respecto a la apariencia y atractivo físico.</li> <li>✓ Cambios de imagen frecuentes.</li> <li>✓ Búsqueda de identidad física.</li> <li>✓ Riesgo de trastornos alimentarios</li> </ul>	<b>Preocupación por el aspecto corporal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mayor aceptación del aspecto físico.</li> <li>✓ Cuidado de la imagen física.</li> <li>✓ Imitación de modelos e “influencers”.</li> <li>✓ “Cómo quiero que me vean”</li> </ul>	<b>Preocupación por el aspecto corporal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mayor aceptación de la imagen corporal.</li> <li>✓ Menor preocupación por la imagen física.</li> <li>✓ “Cómo quiero verme”</li> </ul>
<b>Interés creciente por la sexualidad</b> Primeros contactos físicos*.	<b>Interés creciente por la sexualidad</b> Primeras relaciones sexuales completas	<b>Interés creciente por la sexualidad</b> Consolidación de las relaciones sexuales.
<b>Integración en el grupo de amigos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Afiliación a pandillas.</li> <li>✓ Referente emocional de las amistades.</li> </ul>	<b>Integración en el grupo de amigos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se intensifica la integración en el grupo de amigos.</li> <li>✓ Asunción de los valores, reglas y modas de los amigos.</li> <li>✓ Mayor integración a pandillas y clubs.</li> <li>✓ Situaciones de riesgo</li> </ul>	<b>Integración en el grupo de amigos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se contrastan los valores de los amigos que pierden la importancia (exenta de crítica) de etapas anteriores.</li> <li>✓ Se amplían los círculos sociales.</li> </ul>
<b>Desarrollo cognitivo y vocacional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mayor pensamiento abstracto</li> <li>✓ Objetivos vocacionales poco realistas y utópicos</li> </ul>	<b>Desarrollo cognitivo y vocacional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aumento de la capacidad intelectual.</li> <li>✓ Aumento de la creatividad.</li> </ul>	<b>Desarrollo cognitivo y vocacional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mayor conciencia racional y realista.</li> <li>✓ Mayor capacidad de compromiso.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se van perfilando los objetivos vocacionales y se vuelven más realistas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Preocupación por el futuro.</li> <li>✓ Objetivos vocacionales prácticos acorde a las circunstancias.</li> <li>✓ Concreción de valores morales y religiosos.</li> </ul>
<b>Estado emocional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Humor cambiante.</li> <li>✓ Dificultad en el control de impulsos.</li> </ul>	<b>Estado emocional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mayor empatía.</li> <li>✓ Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad que pueden llevar a comportamientos arriesgados.</li> </ul>	<b>Estado emocional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mayor capacidad de comprensión.</li> <li>✓ Mayor estabilidad emocional.</li> </ul>

\*Estudios recientes (2021) de la Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña (AIFICC), fijan las primeras relaciones sexuales completas a los 13,8 años. <https://www.hola.com/padres/20211128305073/edad-primera-relacion-sexual-adolescentes-tg/>

La simultaneidad y rapidez con que se operan estos cambios hacen que esta etapa evolutiva sea especialmente conflictiva, ya que obliga a los adolescentes a readaptar las estrategias de afrontamiento utilizadas hasta el momento y adaptarlas a los nuevos requerimientos. Por ello, si estas transformaciones y nuevas exigencias no se afrontan de manera eficaz, pueden desencadenar sintomatología psicológica.

Según la teoría psicosocial de Erikson (1972) durante la adolescencia se atraviesa la etapa de la confusión de identidad vs rol, cuando nos preguntamos quiénes somos y qué queremos hacer con nuestra vida. Los adolescentes que no superan esta etapa pueden aislarse socialmente aumentando así el malestar emocional.

Una vez esbozadas las principales características de la etapa adolescente, se van a dedicar los siguientes epígrafes a describir someramente las principales variables que intervienen y se analizan en los diversos estudios realizados, y a justificar su selección.



## ***1.2. Conductas relacionadas con el suicidio (CRS): Ideación suicida, intencionalidad suicida y prácticas autolesivas.***

---

Antes se aludía a que los múltiples cambios y nuevas exigencias que implica el periodo de la adolescencia pueden crear tensión y malestar psicológico. Las manifestaciones de este desajuste psicológico en la adolescencia son diversas. Una de las conductas más frecuentes y preocupantes que pueden exhibir los y las adolescentes se concretan en **ideación suicida, intencionalidad suicida y prácticas autolesivas** (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020).

La *conducta autolesiva* (lastimarse a uno mismo con diferentes propósitos, por ejemplo, lidiar con sentimientos, recuerdos o experiencias abrumadores, afiliarse a un grupo social, experimentar nuevas sensaciones, entre otros) se encuentra tanto en población general como psiquiátrica (Cañón-Buitraga y Carmona-Parra, 2018). Aunque muchos autores han descrito los comportamientos autolesivos como conceptualmente distintos del suicidio (Mangnall y Yurkovich, 2008), recientemente algunos estudios muestran una relación muy estrecha entre ambos comportamientos (Dávila-Cervantes y Luna-Contreras, 2019; Wijana, 2022). Una opinión unánimemente compartida al respecto es que las conductas autolesivas, así como la ideación suicida constituyen un claro factor de riesgo para las tentativas suicidas (Masi et al., 2020; Gillies et al., 2018). Incluso algunos autores (Li et al., 2016), hablan de *suicide-related behaviours*, concepto que abarca pensamientos suicidas, autolesiones e intentos de suicidio y que otros investigadores lo han relacionado con el suicidio consumado (Mars et al., 2019).

Las conductas autolesivas son un fenómeno en aumento entre los adolescentes, con una incidencia importante (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2017). Algunos autores incluso las han considerado un síndrome en sí mismas (Muehlenkamp, 2005). Un meta-análisis llevado a cabo por Gillies et al. (2018) con 597.548 participantes de 41 países pone de relieve que la prevalencia vida de esta conducta es de 16,9% y que las ratios incrementan con los años, hecho ciertamente preocupante. También se pone de relieve en dicho estudio que las chicas tienen mayor riesgo que los chicos de practicar este tipo de conductas. La edad media de inicio en las autolesiones son los 13 años. El método más frecuente (45%) es

cortarse. La razón principal de la práctica autolesiva es el alivio de los pensamientos o sentimientos negativos.

*La ideación suicida* es otro fenómeno relacionado con el suicidio consumado. Según el estudio sistemático de Cañón-Buitraga y Carmona-Parra (2018) la ideación suicida en el mundo oscila entre el 10% y el 35%, mientras que los intentos de suicidio estarían entre el 5% y el 15%. Un meta-análisis de 52 estudios realizado por Victor y Klonsky (2014) puso de manifiesto que el predictor más potente de los intentos de suicidio es, entre otros, la ideación suicida, dato ciertamente preocupante, ya que una tercera parte de los adolescentes que tiene pensamientos suicidas, continúa con un intento de suicidio (Nock et al., 2013). Mars et al. (2019) afirman que el 12% de adolescentes con pensamientos suicidas y el 12% que ha efectuado conductas autolesivas han reportado también intentos de suicidio. A similares conclusiones llegan Gillies et al. (2018) que estiman que la ideación suicida (OR = 4,97) y los intentos de suicidio (OR = 9,14) fueron significativamente más altos en los adolescentes que se autolesionaron. Por lo que se constituyen en claros factores de riesgo.

De estos datos se desprende la necesidad de detectar precozmente las prácticas autolesivas así como la ideación suicida ya que pueden ser precedentes del suicidio consumado.

Numerosos estudios se han centrado en analizar el papel del género como factor de riesgo para este tipo de conductas. La mayoría de ellos coinciden en que las mujeres presentan mayor ideación suicida y efectúan más intentos de suicidio que los varones (Gillies et al., 2018; Im et al., 2017). Por el contrario, éstos efectúan más suicidios consumados (Miranda-Mendizabal et al., 2019). Según los autores, estas diferencias de género pueden deberse a que los hombres usan métodos más contundentes para suicidarse (Aguilar-Velázquez et al., 2017) mientras que las mujeres tienen tasas más altas de buscar tratamiento por problemas de salud mental (Rose y Smith, 2009). Muestra de ello son los datos ofrecidos por el Teléfono de la Esperanza, donde el 64% de llamadas corresponden a mujeres (Teléfono de la Esperanza, 2022)-

Según la OMS (2019) cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, habiendo, por cada suicidio, un número elevado de tentativas. Entre los adolescentes de 15-19 años el suicidio es la tercera causa de muerte, sólo por detrás de factores

externos y tumores, llegando a ser la segunda causa en el grupo de edad de los 15-29 años. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2020 en España hubo 3.941 suicidios consumados, 270 más que en 2019, de los cuales 2.930 fueron hombres. Si tenemos en cuenta la edad, en el rango de los 15 a 29 años se consumaron 300 (227 hombres). Por debajo de los 15 años la cifra desciende hasta los 14 casos (7 niños). Catalunya es la primera comunidad autónoma con más suicidios en la franja de los 0-29 años, con un total de 54 casos (38 hombres). Estos datos suponen un aumento del 3,6 % respecto el año anterior.

La pandemia de Covid-19 ha exacerbado los factores de riesgo asociados a las conductas suicidas, y han aumentado alarmantemente (27%) los intentos suicidas entre los adolescentes catalanes (Codi Risc Suïcidi, 2020), convirtiéndose en la primera causa de muerte no natural entre los jóvenes de 16 a 35 años durante el confinamiento.

Ante esta alarmante situación, no sólo la evaluación de estas conductas desajustadas se ha convertido en un tema de gran interés para la comunidad, sino que resulta imprescindible identificar factores predictivos a fin de adoptar políticas preventivas y/o de intervención. Como afirman Nahapetyan et al. (2014) no hay una teoría integral que explique fehacientemente y de forma comprensiva las conductas suicidas en la adolescencia. De aquí la necesidad de efectuar estudios que contribuyan a incrementar el conocimiento científico en esta área y que se centren en buscar factores asociados a dicha conductas. Entre estos factores se encuentra la personalidad, constructo relativamente menos explorado que otros por lo que se refiere a su relación con CRS y al que hemos dedicado el artículo 2 de esta tesis doctoral.

### 1.3. Personalidad

---

La personalidad humana, considerada por Carver y Scheier, (1997, p. 21) como uno de los «más fascinantes y misteriosos temas que existen», es un constructo hipotético muy complejo que ha sido analizado desde hace décadas desde diferentes perspectivas teóricas y ha encendido enconadas discusiones, dando lugar a diversas teorías. Por ello se hace difícil llegar a una definición consensuada del concepto.

Carver y Scheier (1997) mencionan que, tras analizar varias definiciones de personalidad propuestas por distintos autores, han escogido por ser la más completa, la que hace ya algunas décadas formuló Allport (1961): «*La personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus características de conducta, pensamientos y sentimientos*» (p. 28). Y desmenuzan esta definición recalcando que una de las características de la personalidad es que tiene organización, tiene procesos, es decir, es activa, está intrínsecamente unida al cuerpo físico, es una fuerza causal que determina la forma en que el individuo se relaciona con el mundo, se muestra en patrones, recurrencias y coherencias y se manifiesta mediante conductas, pensamientos y sentimientos.

Bermúdez (1985), por su parte, la definió en estos términos: «organización relativamente estable de características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo, que conforman el equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones» (p. 38). Por su parte, para Pervin (1996) la personalidad engloba cogniciones, emociones y conductas. De las citadas definiciones puede extraerse otra de las características inherentes a la personalidad: su relativa estabilidad. Se considera que dicha estabilidad se mantiene a través del tiempo y de las situaciones.

Uno de los temas fundamentales en la psicología de la personalidad es el relativo a las diferencias individuales, que entraña la idea de que cada persona es diferente a las demás. Esta idea de que la personalidad permite diferenciar a unas personas de otras queda recogida en la escueta definición que hace de ella la Real Academia Española: «Conjunto de rasgos y cualidades que configuran la manera de ser de una persona y la diferencian de las demás». (Extraído de: <https://dle.rae.es/personalidad>).

Dado que uno de los estudios que componen esta tesis doctoral se enmarca dentro de la teoría del rasgo, nos centraremos en esta perspectiva en la que destacan autores tan relevantes e influyentes como puedan ser Eysenck (1947, 1952, 1967), Cattell, (1957, 1965) y Norman (1963, 1967), entre otros muchos.

Si ya es difícil conceptualizar la personalidad, más lo es operativizarla en sus diversos componentes. No obstante, diferentes autores han emprendido esta tarea, atendiendo a las preguntas: ¿cuáles son los rasgos básicos de la personalidad?, ¿cuántos rasgos tienen las personas?, ¿cómo se pueden evaluar?

Los primeros estudios factoriales iniciados en los años 30 y continuados en décadas subsiguientes, aislaron 5 grandes dimensiones (Goldberg, 1981; Norman, 1963; Thurstone, 1934; Tupes y Christal, 1958). Cattell, otro autor paradigmático en el campo de la teoría y evaluación de la personalidad, propone inicialmente 16 dimensiones de primer orden que una vez sometidas nuevamente a análisis factorial, quedan reducidas a 5 factores globales en la mayoría de estudios.

Anastasi y Urbina (1998) mencionan el hecho de que varios autores han intentado replicar las 16 dimensiones halladas por Cattell, pero siempre encontraban una solución factorial de entre cuatro y siete factores. Las mencionadas autoras citan el trabajo de Fiske (1949), uno de los primeros autores que replicó el trabajo de Cattell, y halló una solución de cinco factores, convirtiéndose en un claro precedente del modelo de personalidad «que representa un nivel inusual de consenso entre los investigadores de la personalidad de diversas tradiciones del análisis factorial» (p. 364): el modelo de los Cinco Factores, o de los Cinco Grandes (*Big Five Model*).

El Modelo de los Cinco Grandes eclosionó en la década de los 90, liderado principalmente por autores como: Costa y McCrae (1988), Costa y Widiger, (1994), Digman (1990), McCrae y John, (1992) y Wiggins y Pincus (1992). Desde este modelo se clasifica la personalidad en cinco grandes dimensiones o dominios: Extraversión, Agradabilidad, Conciencia, Neuroticismo y Apertura a la experiencia (la Tabla 2 recoge las principales características definitorias de cada uno de los Cinco Grandes). Puede decirse que hoy en día, es el modelo más aceptado, ya que, según Anastasi y Urbina (1998), Costa y McCrae son dos de los autores que han recibido mayor aceptación por parte de la comunidad científica.

**Tabla 2.** Dimensiones y adjetivos descriptivos (unipolares y bipolares) de los Cinco Grandes adaptado de Carver y Scheier (1997).

DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	BIPOLARIDAD
Extraversión	Afectividad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones, emociones positivas.	Audaz-tímido Enérgico-sumiso Autoconfiado-inseguro Espontáneo-inhibido
Agradabilidad	Confianza, honradez, altruismo, cumplimiento, modestia, sensibilidad.	Amigable-no amigable Cálido-frío Cortés-rudo Bondadoso-irritable
Consciencia	Necesidad de logro, sentido del deber, competencia, orden, obediencia, autodisciplina, reflexión, perseverancia	Cauteloso-temerario Serio-frívolo Responsable-irresponsable Trabajador-vago
Neuroticismo	Ansiedad, hostilidad colérica, depresión, timidez, impulsividad, vulnerabilidad.	Nervioso-equilibrado Excitable-sereno Ansioso-tranquilo Relajado-activado
Apertura a la Experiencia	Fantasía, estética, acciones, ideas, imaginación, innovación, intereses artísticos.	Imaginativo-simple No curioso-curioso No creativo-creativo

Un tema de interés hace referencia a la evolución o desarrollo de estos patrones conductuales, cognitivos y emocionales que conforman la personalidad. Especialmente importante es el análisis de la personalidad durante el periodo adolescente que, como ya se ha comentado, se caracteriza por profundos cambios multinivel. Es en la adolescencia cuando los futuros adultos desarrollan sus propios valores, configuran su propio sentido de identidad y forjan opiniones e intereses distintos a los paternos; por lo tanto, es una etapa clave en la formación de la personalidad, que les acompañará en las siguientes etapas evolutivas.

#### 1.4. *Eventos vitales potencialmente traumáticos (EVPT)*

El adolescente puede enfrentarse a la vivencia de eventos vitales potencialmente traumáticos (EVPT) que pueden desestabilizar su conducta. La exposición a eventos traumáticos es común en todas las etapas de la vida, pero en la adolescencia pueden vivirse con especial intensidad, dada la mayor capacidad cognitiva e introspectiva que se ha adquirido en relación a períodos anteriores. Asimismo, eventos ocurridos en el pasado y que el niño o la niña no pudieron darles significación en aquel momento, pueden aflorar ahora enfocados desde otro prisma y revivirlos con intensidad.

Son numerosas las circunstancias y eventos que pueden causar malestar, dolor y perturbación en quien las padece. Algunos autores clasifican estos EVPT en dos ejes: interpersonales y no interpersonales (Greenwald y Rubin, 1999). Los primeros hacen referencia a vivenciar en primera persona y en relación con los otros acontecimientos negativos, como por ejemplo ser golpeado, ser atacado, o recibir amenazas. Los no interpersonales aluden a la vivencia de eventos negativos que no suponen interacción con los demás, como por ejemplo experimentar desastres naturales, incendios, la muerte de algún ser querido etc.

Otros autores paradigmáticos en el campo de la victimología del desarrollo (Finkelhor et al., 2005) evalúan 6 tipos diferentes o módulos de eventos que pueden causar aflicción en quien los ha vivido: Crimen convencional (quitar algo a la fuerza, ser atacado/a con armas, ser amenazado/a, ser secuestrado/a); Maltrato infantil (ser golpeado/a por un adulto, ser insultado/a por un adulto, recibir un trato negligente por parte de padres o adultos responsables del menor); Victimización por parte de los iguales (ser golpeado/a o asaltado/a por un grupo de iguales, ser insultado/a o vejado/a por un grupo de iguales, ser pegado/a por un grupo de iguales); Victimización sexual (tocamiento de partes íntimas sin consentimiento por parte de adultos conocidos, y/o por parte de adultos desconocidos, y/o por parte de iguales; ser obligado/ a mantener relaciones sexuales; ser violado/a); Violencia vicaria (observar como un progenitor pega al otro, un progenitor pega, golpea a un hermano/a, presenciar asesinatos u oír hablar de asesinatos de personas cercanas, estar en guerras), y Victimización a través de Internet (uso de Internet para acosar, vejar o hacer preguntas sexuales).

Otro evento potencialmente traumático que ha sido estudiado en profundidad es el de la migración (Achotegui, 2002; Sidamon-Eristoff et al., 2022; Verelst et al., 2022). Las personas que abandonan su país de origen pueden experimentar el síndrome de Ulises (Achotegui, 2002), que se caracteriza por la presencia de unos determinados estresores o duelos –separación de seres queridos, desesperanza, lucha por la supervivencia, miedo, duelo por la lengua, el estatus, la tierra etc... (Achotegui, 2006)– de modo crónico y sin apoyo social y, también, por la aparición de un conjunto de síntomas, no sólo psíquicos si no también somáticos, que se enmarcan dentro de la salud mental en el límite de la psicopatología. Este autor resalta que, aunque las ideas de muerte y las autolesiones no son frecuentes en este síndrome, sí que las podemos encontrar en los adolescentes migrados debido a su mayor impulsividad en comparación a los adultos (Achotegui, 2008).

Los estudios epidemiológicos informan que las tasas de prevalencia de traumas a lo largo de la vida son altas, pudiendo oscilar entre 51% y 90% según la edad, el país y el género (ver Frazier, 2012 para una revisión). Es un hecho ampliamente constatado que los eventos traumáticos en la infancia y en la adolescencia tienen un efecto nocivo sobre la salud mental (Finkelhor et al., 2005; Rutter, 1993; Vaughn-Coaxum et al. 2018). Por ello, en el siguiente apartado ampliaremos información sobre dicha relación.



## 1.5. Psicopatología

---

La psicopatología se ha planteado históricamente desde dos perspectivas diferentes. Una de ellas plantea taxonomías categoriales para clasificar los trastornos psicológicos, por ejemplo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. La otra perspectiva se fundamenta en modelos taxonómicos basados en análisis estadísticos multivariados que permiten la comparación entre distintas poblaciones para identificar problemas emocionales y conductuales, teniendo en cuenta la etapa evolutiva de la persona. Dentro de esta segunda línea cabe resaltar la propuesta formulada en la década de 1960 por Achenbach (1966) y que hoy en día se concibe como una de las teorías más sólidas y que cuenta con un amplio contraste empírico: *The Achenbach System of Empirically Based Assessment*, ASEBA). Dentro de este sistema clasificatorio basado en el análisis factorial, Achenbach (1966) y Achenbach et al., (1987) señalaron dos grupos de dimensiones de banda ancha: la internalización y la externalización. La primera se refiere a aquellos problemas emocionales que cursan de forma interna. En el campo concreto de la adolescencia los autores identifican tres dimensiones de banda estrecha: *ansiedad-depresión* (p.e. “soy nervioso/a o estoy tenso/a”), *retramiento-depresión* (p.e. “soy demasiado tímido/a”) y *quejas somáticas* (p.e. “me siento mareado/a”). Por su parte, la dimensión de externalización se refiere a problemas que cursan de forma externa, conductas que tienen repercusión en los demás. Abarca dos dimensiones de banda estrecha: conducta de ruptura de normas (p.e. “me salto las normas en casa, en la escuela y en otros lugares”) y conducta agresiva (p.e. “rompo las cosas de otros, las destruyo”).

La aplicación del análisis factorial permitió identificar una tercera dimensión que no saturaba en ninguno de los dos ejes anteriores y se la denominó escala de problemas mixtos. Entre ellos se encuentran tres tipos de problemas: *problemas sociales* (p.e. “los demás se burlan de mí a menudo”), *problemas de pensamiento* (p.e. “veo cosas que otros creen que no existen”) y *problemas de atención* (p.e. “no termino las cosas que empiezo”).

A partir de los ítems usados para evaluar los problemas conductuales y emocionales y en un esfuerzo para integrar los modelos dimensionales y categoriales

en una única estrategia de evaluación, Achenbach y su equipo, (Achenbach y Rescorla, 2001; Achenbach et al. 2001) construyeron con criterios nosológicos las escalas basadas en el DSM. A diferencia de las anteriores escalas, el criterio seguido para su construcción fue racional mediante el criterio de expertos. Estas escalas orientadas en el DSM son: Problemas afectivos, Problemas de ansiedad, Problemas somáticos, Problemas de déficit de atención e hiperactividad, Problemas oposicionistas desafiantes, Problemas de conducta, Problemas Obsesivo-compulsivos y Problemas de estrés post traumático.

Como hemos avanzado en el apartado anterior, la vivencia de eventos traumáticos durante la adolescencia tiene un efecto nocivo sobre la salud mental. Entre estos efectos, Rodríguez-Hernández y Hernández-González (2017) indican que el trastorno de ansiedad, el trastorno de conducta, el trastorno del estado de ánimo y el abuso de alcohol son los más frecuentes en esta etapa evolutiva. Así mismo, los adolescentes que vivencian EVPT presentan problemas de autoestima y síntomas de estrés post traumático (Edalati et al., 2020; Soler et al., 2012) y más riesgo de padecer trastorno bipolar (Danese y Baldwin, 2017).

En España la distribución por tipo de trastorno en población infanto-juvenil es: 8,5% de población con problemas emocionales, 6,7% con problemas conductuales, 10,2% con hiperactividad, 7,7% con problemas en las relaciones con iguales, y 0,7% con problemas en la conducta prosocial (Basterra, 2016). Según Save the Children (2022) la vivencia de EVPT sería un factor de riesgo de suicidio en adolescentes, entre los que destaca el bullying, conflictos de discriminación, conflictos familiares graves y sentimientos de soledad.

Respecto a las diferencias de sexo, según Parco y Jó (2015), las chicas puntuarían más alto en ansiedad-depresión, quejas somáticas y problemas de atención, mientras que los chicos puntuarían más alto en conductas externalizantes.

En efecto, la relación entre eventos traumáticos y psicopatología es un tema recurrente en la literatura científica dada su gran importancia en la comprensión de la relación entre fenómenos o circunstancias antecedentes y las consecuencias conductuales y/o emocionales a que pueden dar lugar o estar asociadas a ellas. No obstante, la mayoría de estudios se han centrado principalmente en analizar el

número o la gravedad de los eventos traumáticos padecidos y constatar el subsiguiente malestar psicológico; por el contrario, pocos son los trabajos centrados en la autopercepción que tienen los propios afectados de los cambios detectados con el tiempo en el malestar psicológico vinculado a su vivencia; es decir, la evolución temporal del impacto emocional del evento vivido. Es este el enfoque que hemos dado al **estudio 1**, que pretendía responder a la pregunta: ¿Se recuperan los adolescentes de los acontecimientos negativos vividos...?

Determinar diferentes trayectorias personales en la capacidad de recuperarse psicológicamente del impacto inicial de un estresor, así como la identificación de los estresores de los que más cuesta recuperarse y la psicopatología vinculada a estos EVPT son temas de gran importancia, ya que permiten establecer políticas preventivas y de intervención psicológicas idiosincráticas.

## 1.6. Afrontamiento (*coping*)

---

Y si los adolescentes se recuperan emocionalmente de estos eventos potencialmente traumáticos, ¿qué método han empleado? ¿qué estrategias han utilizado? La manera en que las personas afrontan dicha exposición es un tema que ha suscitado el interés de la comunidad científica y ha motivado la búsqueda de variables que medien o moderen la relación sólidamente establecida entre estrés y desajuste psicológico. Entre dichas variables han despertado especial interés las estrategias de afrontamiento.

Cuando las personas se enfrentan a situaciones potencialmente estresantes, ponen en marcha una serie de mecanismos conocidos como estrategias de afrontamiento (*coping strategies*). El afrontamiento (*coping*) ha sido definido como un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que la persona utiliza para lidiar con eventos internos y externos que se evalúan como que exceden los recursos de las personas (Lazarus y Folkman, 1984).

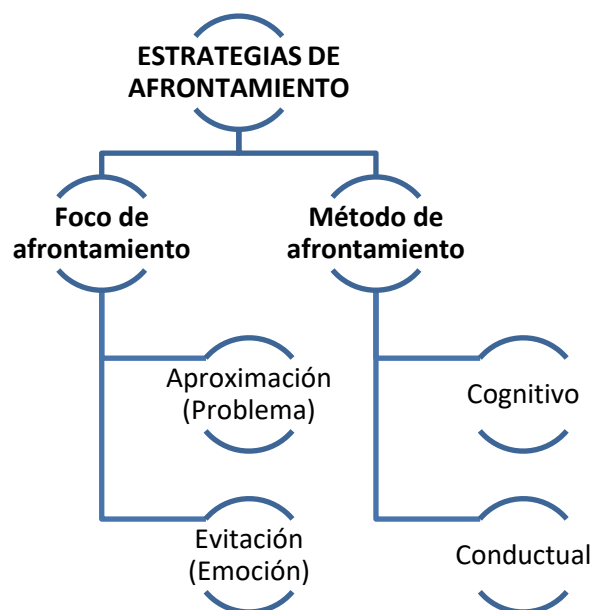
Un concepto fundamental para estos autores es el de valoración (*appraisal*). Distinguen dos tipos de *appraisal*: primario y secundario. En el primario, el sujeto valora el daño potencial y calibra el impacto que puede tener el evento en su homeostasis psicológica. Si este evento se calibra como daño, amenaza o desafío, se valorará como estresante, y entrará en juego el *appraisal* secundario donde se analizarán los recursos de los que dispone para minimizar el daño potencial.

A partir de aquí se ponen en juego los recursos de afrontamiento (*coping*). Lazarus y Folkman (1984) diferencian entre un tipo de afrontamiento que va dirigido a manejar o alterar el evento estresante y otro tipo cuya función es regular la respuesta emocional que ha producido el evento. Al primero de ellos lo denominan afrontamiento focalizado en el problema (por ejemplo, definir el problema, generar soluciones alternativas); al segundo lo denominan afrontamiento focalizado en la emoción (como evitar el problema, minimizarlo).

Por su parte, Patterson y McCubbin (1987) señalan que las tareas de desarrollo asociadas con la adolescencia, —entre las que incluyen como más importantes el diferenciarse de la familia sin dejar de estar conectado a ella, encajar en

un grupo de pares y desarrollar la propia identidad—, pueden desencadenar estrés y tensiones. La adaptación del adolescente a estas demandas se logra a través del afrontamiento. Para dichos autores el afrontamiento implica estrategias cognitivas y conductuales para eliminar o reducir las demandas, redefinirlas para hacerlas más manejables, aumentar los recursos para hacer frente a las demandas y/o manejar la tensión que se siente como resultado de dichas demandas.

Otro autor paradigmático en el campo del afrontamiento es Moos que inició sus investigaciones en la década de 1980. Moos (1993) propone un modelo multidimensional en el que se combinan el foco de afrontamiento (Aproximación y Evitación) y el método de afrontamiento (Cognitivo y Conductual). Las respuestas de aproximación tienden a “estar centradas en el problema y abarcan los esfuerzos cognitivos y conductuales por dominar o resolver los estresores diarios” mientras que las respuestas de evitación “tienden a estar centradas en la emoción abarcando intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar acerca del estresor y sus implicaciones o bien, intentar tratar el efecto asociado él” (p. 1). Ver figura 1.



**Figura 1.** Modelo multidimensional de Moos (1993).

Por su parte Compas (1987) establece diferencias entre recursos, estilos y esfuerzos específicos. Los recursos son el bagaje con el que los sujetos se enfrentan a una determinada situación potencialmente desestabilizadora y generadora de estrés. Estos recursos pueden ser personales (autoestima, rasgos de personalidad, habilidades sociales) o del entorno (soporte familiar, soporte social). Los estilos son la forma particular con que una persona afronta una determinada situación de estrés. Suelen ser consistentes con sus valores, creencias y objetivos, por lo que presentan cierta estabilidad a lo largo del tiempo y de las situaciones. Finalmente, los esfuerzos específicos son las estrategias concretas que se ponen en marcha delante de un estresor. El *coping* y los recursos mantienen una relación de interacción. Las respuestas concretas de afrontamiento necesitan movilizar recursos (personales, sociales...), recursos que, a su vez, en interacción con la situación, pueden modificar las respuestas de *coping* para hacerlas más adaptativas.

Desde el punto de vista metodológico, el afrontamiento se configura como una variable mediacional o moderacional entre un evento estresante y la subsiguiente respuesta psicológica. Por ello, la relación entre el uso de determinados tipos de afrontamiento ante un determinado estresor y la salud mental ha sido un tema recurrente en la literatura (Hussong et al., 2021). Un estudio longitudinal publicado por dichos autores realizado en población adolescente durante el Covid-19, mostró que los adolescentes que utilizaron estrategias centradas en los problemas presentaron menor síntomas psicológicos que los adolescentes con estrategias centradas en las emociones.

Los estudios que ponen en relación afrontamiento y ajuste psicológico, si bien no han alcanzado plena unanimidad en sus resultados, han permitido trazar unas líneas generales. La adaptación a los eventos traumáticos se asocia con el uso de un afrontamiento de aproximación o centrado en el problema (Agaibi y Wilson, 2005; Patiño y Kirchner, 2010). En contrapartida, el afrontamiento evitativo o centrado en la emoción se relaciona con un aumento de los problemas psicológicos (Sawyer et al., 2009). La adaptación y la superación del estrés relacionado con eventos traumáticos se asocian con un afrontamiento efectivo (Villasana et al., 2016). Estos mismos autores afirman que el uso de afrontamiento centrado en el problema aumenta la resiliencia en los adolescentes, mientras que el uso de un afrontamiento centrado en las emociones previene el desarrollo de la resiliencia. En contraste, las

personas con mayor reactividad al estrés después de la vivencia de eventos traumáticos pueden tener más dificultades para seleccionar estrategias de afrontamiento efectivas (Danese y Baldwin, 2017), de aquí que pueda darse un aumento de problemas psicológicos (Sawyer et al., 2009). Los adolescentes que han padecido múltiples victimizaciones usan estrategias de tipo evitativo en mayor medida que los adolescentes no victimizados (Kirchner et al., 2020).

Christiansen et al. (2014) han puesto de relieve que las conductas de afrontamiento evasivas y centradas en las emociones representan el 25% de la variación en los síntomas psicopatológicos después de la vivencia de eventos traumáticos. También es importante resaltar que la mayoría de adolescentes no utilizan exclusivamente un tipo de estrategia, sino que muestra un abordaje flexible ante los eventos potencialmente traumáticos (Herman-Stahl et al., 1995).

## 1.7. Objetivos e hipótesis

El objetivo genérico que aúna los dos estudios que configuran esta tesis, como ya se ha comentado, es ahondar en las vivencias que pueden afectar a los adolescentes, analizar cómo las perciben, de qué recursos disponen para hacerles frente, cómo inciden en su ajuste psicológico, así como determinar factores de riesgo y de protección que permitan hacer predicciones. En cada uno de los dos estudios publicados se especifican detalladamente los objetivos propuestos y las hipótesis vinculadas. Aquí las recogemos de forma gráfica.

En la tabla 3 se recoge de forma gráfica los objetivos generales y específicos de cada uno de dichos estudios, así como las hipótesis vinculadas.

**Tabla 3.** Objetivos e hipótesis de los estudios.

ESTUDIO	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
ESTUDIO 1	<p><b>Genéricos:</b>            Analizar la percepción que tienen los adolescentes de la evolución con el tiempo del malestar emocional generado por Eventos Vitales Potencialmente Traumáticos (EVPT).            Identificar qué estresores se asocian a un decremento en el nivel de estrés, a un incremento, a no estrés o a permanencia en el nivel inicial de estrés.</p>	
	<p><b>Específicos:</b>            a) Calcular la frecuencia y % de diferentes tipos de EVPT reportados por adolescentes.</p>	<p>a) En base a la bibliografía consultada, se asume que la frecuencia y % de los EVPT será elevada. Es decir, un alto % de adolescentes manifestará haber padecido como mínimo un EVPT en el momento de la evaluación.</p>
	<p>b) Analizar el grado de malestar emocional asociado al EVPT en dos diferentes</p>	<p>Se hipotetiza que el grado de malestar emocional, así como su duración en el</p>



	<p>momentos temporales: en el momento de su ocurrencia y en la actualidad.</p>	<p>tiempo estará en función del tipo específico de estresor, así como de variables de la persona. Por lo que respecta a dichas variables de persona se espera detectar diferentes trayectorias: en algunos adolescentes el grado de malestar permanecerá igual en el tiempo, en otros se incrementará, en otros decrecerá y en otros no se advertirá malestar ni en el momento de su ocurrencia ni en la actualidad.</p>
	<p>c) Identificar diferentes trayectorias o tipos de cambio (T) en la percepción de la evolución con el tiempo del malestar emocional asociado al EVPT: T1: no percepción de estrés ni en el momento de la ocurrencia del EVPT, ni en el momento de la evaluación. T2: Permanencia en el grado de estrés inicial en el momento de la evaluación. T3: Incremento con el tiempo del nivel de estrés inicial. T4: decremento con el tiempo del nivel de estrés inicial.</p>	<p>En base a la bibliografía consultada, se espera que los adolescentes de la muestra analizada presenten diferentes patrones o trayectorias en la percepción de la evolución del estrés vinculado a un estresor determinado a lo largo del tiempo</p>
	<p>d) Identificar los estresores que generan mayor grado de estrés en los adolescentes, y aquellos de los que les cuesta más recuperarse emocionalmente</p>	<p>d) A partir de las referencias consultadas, se estima que algunos estresores (como por ejemplo la muerte de familiares y amigos o haber sido víctima de abusos sexuales) generarán mayor nivel de estrés y éste permanecerá mayor tiempo en comparación a otros tipos de estresores.</p>
	<p>e) Determinar si el tipo específico de EVPT y el tipo de trayectoria en el malestar emocional se relacionan con psicopatología y uso del afrontamiento (<i>coping</i>).</p> <p>En estos análisis se tendrá en cuenta el género.</p>	<p>e) Se espera que los adolescentes con trayectorias de incremento y permanencia en el malestar inicial muestren un mayor nivel de sintomatología psicológica y un mayor uso de estrategias de afrontamiento de tipo evitativo.</p>

<p><b>ESTUDIO 2</b></p>	<p><b>Genérico:</b> Determinar el papel de los rasgos de la personalidad en la predicción de conductas relacionadas con el suicidio (CRS).</p>	
	<p><b>Específicos:</b></p> <p>a) Analizar la asociación entre cada una de las cinco dimensiones del Big Five Inventory (BFI) y CRS, estableciendo el riesgo relativo (RR) de CRS.</p>	<p>Las dimensiones de personalidad postuladas por la Teoría de los Cinco Grandes se asociarán a CRS. Ciertas dimensiones de personalidad dentro de la teoría de los Cinco Grandes tendrán mayor fuerza asociativa que otras con CRS.</p> <p>Se espera que la dimensión de Neuroticismo, en comparación a las 4 restantes, sea una de las dimensiones de los <i>Big Five</i> más relacionada con CRS.</p>
	<p>b) Analizar la asociación entre CRS y la combinación simultánea de diferentes dimensiones del Big Five Inventory (dimensiones combinadas), estableciendo el riesgo relativo (RR) de CRS.</p>	<p>La combinación de rasgos de la personalidad se asociará con mayor fuerza y determinará mayores RR de CRS que los rasgos no combinados. Esta hipótesis se fundamenta en el postulado de la Teoría de los Big Five de que en las personas se combinan en diferente grado las Cinco Grandes dimensiones.</p>
	<p>c) Determinar el poder explicativo de CRS de las dimensiones combinadas vs. las no combinadas.</p>	<p>a) La combinación de dimensiones de personalidad del BFI, al captar con mayor precisión el patrón de personalidad de los sujetos de estudio, posibilitarán efectuar predicciones más ajustadas y evidenciarán mayor poder explicativo de CRS que cada una de las dimensiones aisladas.</p>



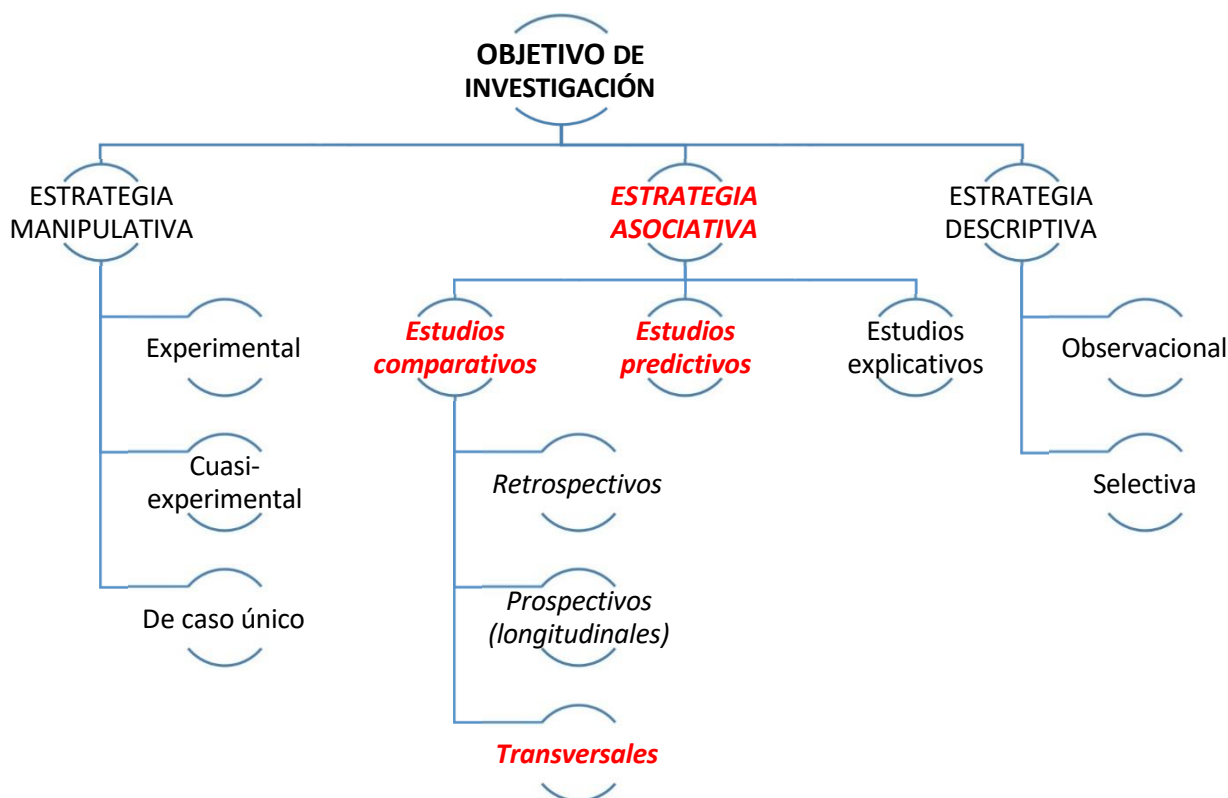
---

*CAPÍTULO II*  
*METODOLOGÍA*

---

## 2.1. Diseño de investigación

Son varios los tipos de diseños de investigación que suelen emplearse en los estudios psicológicos. En la figura 2 quedan recogidos de forma gráfica los propuestos por Ato et al. (2013).



**Figura 2.** Esquema de los diseños de investigación en psicología (adaptado de Ato et al., 2013).

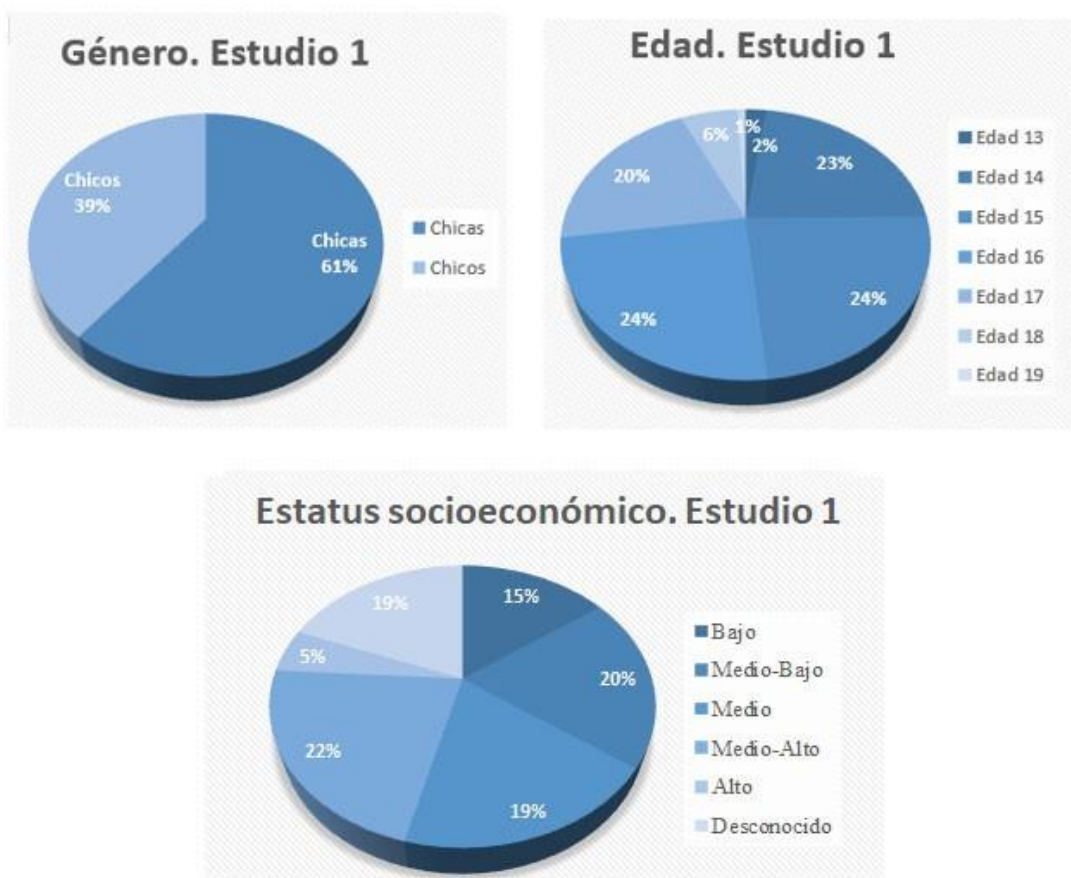
Los diseños empleados en esta tesis difieren ligeramente según el estudio en concreto. En rojo, en la figura 2, se destacan los utilizados en las distintas investigaciones realizadas. No obstante, ambos trabajos se caracterizan por ser estudios empíricos de corte transversal. A continuación, detallamos el tipo de diseño utilizado en cada estudio.

**ESTUDIO 1.** Se inscribe dentro de una *estrategia asociativa*, cuyo objetivo se focaliza en explorar la relación funcional entre variables. Dentro de las tres variantes que se contemplan en esta estrategia asociativa, este estudio adopta la modalidad *comparativa* ya que su objetivo principal es la comparación de grupos. Por lo que respecta a su enfoque temporal, se trata de un estudio *transversal*, dado que las variables se evalúan en un momento temporal determinado.

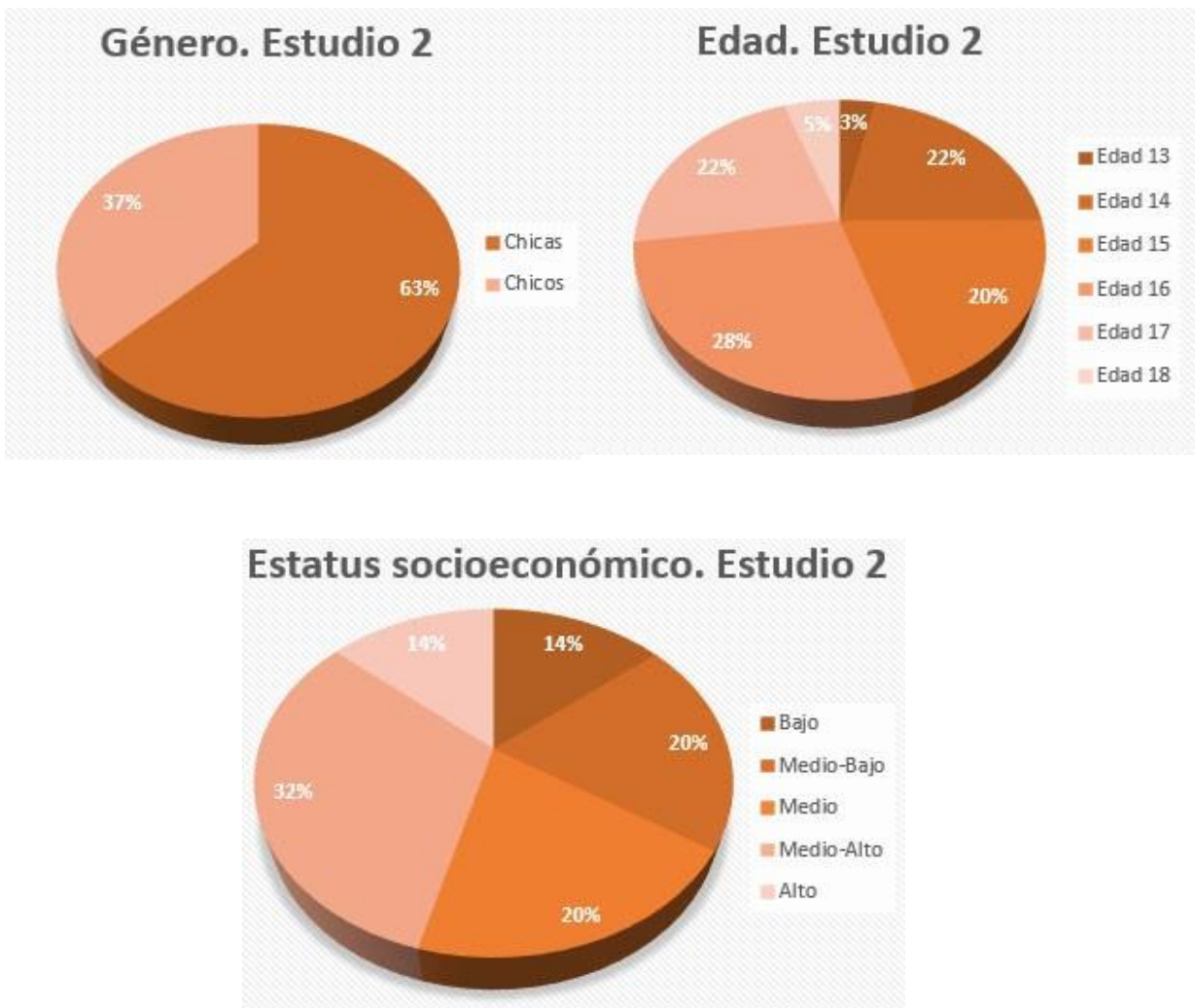
**ESTUDIO 2.** En este estudio se ha utilizado una *estrategia asociativa*. Dentro de ella combina dos de sus variantes: la variante *comparativa*, ya que efectúa comparaciones entre grupos, y la variante *predictiva*, ya que uno de sus objetivos es establecer una relación funcional mediante el pronóstico de una variable criterio (conductas relacionadas con el suicidio), a partir de uno o más predictores (patrones de la personalidad según el *Big Five Inventory*). El corte temporal es *transversal*.

## 2.2. Participantes

El número de participantes puede variar de un estudio a otro. Por ello, se describen las características de los participantes de cada uno de los estudios que conforman esta tesis doctoral. En el primer estudio la muestra está formada por un total de 553 adolescentes y en el segundo por 1027. En las siguientes figuras (Figura 3 y Figura 4) se puede observar la distribución de la población utilizada por género, edad y estatus socioeconómico, del estudio 1 y del estudio 2.



**Figura 3.** Participantes del estudio 1 según género, edad y estatus socioeconómico.



**Figura 4.** Participantes del estudio 2 según género, edad y estatus socioeconómico.



## 2.3. Instrumentos

A fin de alcanzar los objetivos propuestos, las variables a analizar se han operativizado mediante diversos instrumentos de evaluación y sistemas de obtención de datos. Los instrumentos de evaluación utilizados difieren según los diversos estudios que configuran esta tesis doctoral. En la tabla 4 se muestran de forma gráfica y esquemática los utilizados y en el Anexo 1 y 2 se pueden ver los instrumentos empleados.

**Tabla 4.** Objetivos propuestos e instrumentos utilizados.

OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN	INSTRUMENTOS	CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO
Recabar datos sociodemográficos	Encuesta <i>ad hoc</i>	Preguntas cerradas sobre datos relativos a edad, género, curso escolar, y datos familiares (profesión de los padres, sueldo, y nivel de estudios de los padres).
Recabar vivencias vitales potencialmente traumáticas acaecidas a los evaluados	<i>Lifetime Incidence of Traumatic Events - Student form (LITE-S)</i> (Greenwald y Rubin, 1999)	Autoinforme de 16 preguntas acerca de eventos vitales potencialmente traumáticos vividos por los adolescentes. Estos eventos se clasifican como: -no interpersonales ( $n = 8$ ) (por ejemplo, haber sufrido un accidente automovilístico o un desastre natural) -interpersonales ( $n = 8$ ) (como por ejemplo el divorcio padres). Se evalúa mediante una escala Likert de 3 puntos: 1 nada, 2 un poco, 3 mucho.
Evaluar problemas emocionales y conductuales	<i>Youth Self Report (YSR)</i> (Achenbach, 2001)	Analiza mediante 112 ítems conductas desadaptativas organizadas en torno a problemas internalizantes, externalizantes y mixtos. Incluye una serie de escalas de problemas orientadas en los criterios DSM. Dentro de la escala de banda ancha Internalización se incluyen 3 escalas de banda estrecha: Ansiedad-Depresión ( $n = 13$ ), Retraimiento ( $n = 8$ ) y Quejas somáticas ( $n = 10$ ). Dentro de la escala de banda ancha Externalización se incluyen dos escalas de banda estrecha: Conducta de ruptura de normas ( $n = 15$ ) y Conducta agresiva ( $n = 17$ ). La escala de problemas mixtos incluye 3 subescalas Problemas sociales ( $n = 11$ ), Problemas de pensamiento ( $n = 12$ ), Problemas de

<p><b>Evaluar Estrategias de afrontamiento del estrés</b></p>	<p><i>Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences (A-COPE-SP)</i>. Adaptación española (Forns et al., 2013) de la versión original (Patterson y McCubbin, 1987)</p>	<p>atención (<math>n = 9</math>).</p> <p>En cuanto a las escalas orientadas en el DSM, el YSR incluye: Problemas afectivos (<math>n = 13</math>), Problemas de ansiedad (<math>n = 6</math>), Problemas somáticos (<math>n = 7</math>), Problemas de déficit de atención e hiperactividad (<math>n = 7</math>), Problemas oposicionistas desafiantes (<math>n = 5</math>) y problemas de conducta (<math>n = 15</math>).</p> <p>Evaluable en una escala Likert de 3 puntos: 0 no es cierto, 1 algo cierto/algunas veces cierto, 2 cierto muy a menudo o bastante a menudo.</p> <p>Instrumento de 46 ítems puntuados en una escala Likert, de 1 (nunca) a 5 (la mayoría de las veces), y agrupados en 8 dimensiones para analizar el estilo de afrontamiento utilizado para manejar situaciones estresantes: búsqueda de diversión (<math>n = 8</math>) por ejemplo mirar la tele o comprar cosas; escape (<math>n = 4</math>) por ejemplo beber alcohol y fumar; soporte familiar (<math>n = 7</math>) por ejemplo hacer cosas con la familia y hablar con ellos; búsqueda de amistades (<math>n = 7</math>) por ejemplo hablar con los amigos; ventilación emocional (<math>n = 6</math>) como quejarse; reevaluación positiva (<math>n = 4</math>), como pensar en el lado bueno de las cosas o de la vida; espiritualidad (<math>n = 3</math>) como rezar o ir a la iglesia y realización de actividades exigentes (<math>n = 7</math>) como involucrarse más en actividades escolares.</p>
<p><b>Evaluar rasgos de Personalidad</b></p>	<p><i>Big Five Inventory</i> (John, Donahue y Kentle, 1991), adaptación española (Benet-Martinez y John, 1998)</p>	<p>Se compone de 44 ítems puntuables en una escala Likert de 5 puntos que fluctúa entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo) que evalúan las cinco grandes facetas de la personalidad postuladas por Costa y McCrae (1988): Extraversión (<math>n = 8</math>), Amabilidad (<math>n = 9</math>), Concienciación (<math>n = 9</math>), Neuroticismo (<math>n = 8</math>) y Apertura a la experiencia (<math>n = 10</math>).</p>

## *2.4. Procedimiento*

---

El procedimiento seguido es similar en ambos estudios, no obstante, cada uno de ellos tiene sus particularidades. A continuación, se describe el procedimiento general llevado a cabo por los investigadores. Para más detalle, se remite el lector a los diferentes estudios.

En primer lugar, se contactó vía telefónica o presencialmente con los directores, jefe de estudios y/o psicólogo, o pedagogo de diferentes colegios del área metropolitana de Barcelona para explicarles en qué consistía la investigación que se iba a realizar y solicitar su participación. En las escuelas que accedieron participar se realizó una sesión informativa preliminar dónde se invitó a los estudiantes a participar y se explicó el procedimiento que se iba a seguir, haciendo hincapié en la voluntariedad y el anonimato de su participación. Durante esta sesión se entregó a los estudiantes un formulario de consentimiento informado para sus padres o tutores legales, el cual debía ser devuelto, debidamente firmado, el día de la recolección de datos. Los cuestionarios se aplicaron de forma colectiva en el aula a grupos de 15 a 30 adolescentes en una sesión de unas 2 horas de duración. Se informó a los estudiantes que sus respuestas debían basarse en sus propias experiencias y que no había respuestas malas. Se prestó especial atención para garantizar la privacidad y confidencialidad de los datos, y para evitar respuestas aleatorias, separando a los estudiantes y dejando una distancia prudencial entre ellos. Dos miembros del equipo de investigación estuvieron presentes en el aula para aclarar cualquier duda y ayudar en caso de ser necesario; los adolescentes debían levantar la mano y uno de los miembros se acercaba para atenderlo. Al final de los cuestionarios, se proporcionó un mensaje escrito claro, ofreciendo a los adolescentes orientación o asesoramiento profesional si así lo deseaban. Los adolescentes solo tenían que escribir su dirección de correo electrónico o número de teléfono en el cuestionario y el personal de investigación se pondría en contacto con ellos. Se ofreció ayuda profesional a quienes la solicitaron dentro de las siguientes 2 semanas. Finalmente, los casos clínicos fueron derivados a centros de salud mental.

Los estudios fueron aprobados por el Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona (España).

## 2.5 Análisis de datos

Los datos recabados han sido analizados mediante el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versión 16.0 en el estudio 1 y versión 25.0 en el estudio 2. Para el estudio 2 se utilizó asimismo el *MedCalc Statistical Software*.

En ambos estudios el nivel de significancia se fijó en  $p < 0,05$ .

El análisis de los datos recabados varía en función de los artículos publicados. La tabla 5 recoge de forma gráfica los objetivos propuestos y las técnicas utilizadas para alcanzarlos. Para una mayor profundización, remitimos al lector a los citados artículos.

**Tabla 5.** Análisis de datos en función de los objetivos específicos del estudio 1 y del estudio 2.

OBJETIVOS	ANÁLISIS DE DATOS
ESTUDIO 1	
Determinar la exposición de los adolescentes a diferentes tipos de EVPT, tanto de tipo interpersonal (IP) como no-interpersonal (nIP). Identificar los EVPT más frecuentes tanto IP como nIP.	Se calcularon los siguientes parámetros: a) el % de adolescentes que refiere haber padecido al menos un tipo de estresor a lo largo de su vida. b) el % de eventos IP y nIP c) la media y DT de eventos nIP e IP d) prueba t para diferencias de medias entre nIP e IP.
Determinar el % de eventos IP en relación a los nIP	Prueba z para diferencias de %
Determinar si existen diferencias de género en el % de eventos IP y nIP reportado, según tipo específico de evento.	Prueba de Chi-cuadrado para eventos totales, nIP y eventos IP.
Controlar el efecto tiempo en la ecuación tipo de evento y malestar psicológico subsecuente. Supone un paso previo para poder efectuar el análisis del cambio en el malestar emocional a lo largo del tiempo, actuando como covariable.	Para cada uno de los 16 EVPT se ha calculado la media y la DT del número de años transcurridos desde la ocurrencia del evento hasta el momento de la evaluación.
Identificar el grado de malestar emocional en el momento de la ocurrencia del EVPT y en el momento de la evaluación. Supone un paso previo para poder efectuar el análisis del cambio en el malestar emocional a lo largo del tiempo.	Medias y DT.

<p>Verificar el cambio temporal en el malestar psicológico y dar respuesta a la pregunta que guio el estudio: ¿Se recuperan los adolescentes de las situaciones traumáticas vividas?</p> <p>Analizar, según el género, el grado de malestar emocional que ha causado en el adolescente cada uno de los 16 EVPT en dos momentos temporales distintos: en el momento de la ocurrencia del evento y en el momento de la evaluación. Su finalidad es estimar el análisis del cambio.</p>	<p>16 ANCOVAs de medidas repetidas (una para cada uno de los 16 tipos de EVPT). Como variable intra-sujeto se introdujo el grado de malestar emocional pasado-ahora, el género como variable entre sujetos y el tiempo transcurrido como covariable.</p>
<p>Identificación de diferentes tipos (T) de trayectorias en el análisis del cambio.</p> <p>Es el paso previo para determinar si el tipo de cambio se relaciona con psicopatología y con el uso de determinadas estrategias de afrontamiento del estrés.</p>	<p>a) Identificación de todas las posibles combinaciones de cambios en el malestar emocional entre tiempo 1 y tiempo 2. Dado que las respuestas en el LITE-S se evalúan con una escala Likert de 3 puntos (1= Nada; 2 = Un poco; 3 = Mucho) las combinaciones posibles son 9.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tiempo 1 = 1 y Tiempo 2 = 1</li> <li>Tiempo 1 = 1 y Tiempo 2 = 2</li> <li>Tiempo 1 = 1 y tiempo 2 = 3</li> <li>Tiempo 1 = 2 y Tiempo 2 = 1</li> <li>Tiempo 1 = 2 y Tiempo 2 = 2</li> <li>Tiempo 1 = 2 y tiempo 2 = 3</li> <li>Tiempo 1 = 3 y Tiempo 2 = 1</li> <li>Tiempo 1 = 3 y Tiempo 2 = 2</li> <li>Tiempo 1 = 3 y tiempo 2 = 3</li> </ul> <p>b) Reclasificación de los participantes en 4 grupos o tipos (T) de trayectorias según las puntuaciones obtenidas en el grado de malestar emocional en tiempo 1 y en tiempo 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo 1: no percepción de estrés ni en el momento de la ocurrencia del EVPT, ni en el momento de la evaluación (por ejemplo, Tiempo 1 = 1 y tiempo 2 = 1).</li> <li>Tipo 2: Permanencia en el grado de estrés inicial en el momento de la evaluación (por ejemplo, Tiempo 1 = 2 y tiempo 2 = 2).</li> <li>Tipo 3: Incremento con el tiempo del nivel de estrés inicial (p.e. tiempo 1 = 2 y tiempo 2 = 3)</li> <li>Tipo 4: decremento con el tiempo del nivel de estrés inicial (p.e, Tiempo 1 = 3 y tiempo 2 = 1).</li> </ul>
<p>Determinar si el tipo de evento específico y el tipo de percepción de cambio temporal experimentado en el malestar emocional (T1: no cambio; T2: permanencia; T3 incremento; T4: decremento) se relacionan con</p>	<p>a) Para la relación con psicopatología: ANOVA de un factor tomando como variable dependiente las puntuaciones T de las Escalas Orientadas en el al DSM del YSR y como factor los tipos</p>

psicopatología y con el tipo de afrontamiento.	<p>de cambio.</p> <p>b) Para la relación con el afrontamiento: ANOVA de un factor, tomando como variable dependiente) los estilos de afrontamiento y como factor los tipos de cambio.</p> <p>Se utilizó la prueba de Levene para verificar la homogeneidad de las varianzas, y se aplicó la prueba F o Welch según lo requerían los datos.</p> <p>Se aplicó la prueba <i>post hoc</i> de Tukey o de Tamhane.</p>
<b>ESTUDIO 2</b>	
Establecer la normalidad de las variables del estudio	Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov
Caracterizar las dimensiones de personalidad del BFI	Cálculo de medias (M), desviaciones típicas (DT) y rangos empíricos de cada una de las cinco dimensiones de personalidad del BFI.
Establecer diferencias de género en las dimensiones del BFI	<p>Prueba t de Student, aplicando la prueba de igualdad de varianzas de Levene.</p> <p>Uso de la <i>d</i> de Cohen para estimar el tamaño del efecto.</p>
Calcular el % de CRS para la muestra total y según el género.	<p>Se codificó la CRS de forma binaria:  CRS = 1 (presencia de pensamientos suicidas o intentos de suicidio/autolesiones o ambos).  CRS = 0 (ausencia de cualquiera de estos conceptos).</p>
Contrastar las diferencias de género en CRS.	Prueba de Chi-cuadrado.
Estimar la probabilidad de reportar CRS según el género.	Cálculo del Riesgo Relativo (RR).
Comparar los niveles extremos de cada una de las cinco dimensiones no combinadas del Big Five Inventory (BFI) para obtener su asociación con CRS. Este cálculo permitió identificar la dimensión de la personalidad más asociada a SRB: Neuroticismo en el presente estudio.	<p>Los puntajes brutos de las cinco dimensiones evaluadas por el BFI se convirtieron en cuartiles (Q) para poder categorizar y comparar los niveles extremos de cada una de ellas con presencia/ausencia de CRS: (Q1= el polo más bajo y Q&gt;3 = el polo más alto, es decir, el 25% de la muestra con las puntuaciones más altas en las dimensiones).</p> <p>Se utilizó chi-cuadrado para determinar la asociación entre cada una de las dimensiones de personalidad no combinadas y SRB.</p>

<p>Calcular la probabilidad de referir CRS según los polos altos o bajos de cada una de las 5 dimensiones del BFI.</p>	<p>Cálculo de RR de CRS.</p>
<p>Identificar la dimensión del BFI más asociada a CRS a fin de combinarla con las restantes dimensiones.</p>	<p>Prueba de Chi cuadrado y residuos estandarizados corregidos. Se identificó Neuroticismo como la dimensión más asociada a CRS y se combinó con los cuartiles de las restantes dimensiones de personalidad del BFI dando lugar a las dimensiones combinadas N+E; N+A; N+C; N+O.</p>
<p>Establecer los perfiles de personalidad de mayor riesgo y de mayor protección de CRS.</p>	<p>Tablas cruzadas: eje vertical: variable CRS dicotomizada como presencia/ausencia. Eje horizontal: cuartiles de las dimensiones combinadas. Chi cuadrado. Cálculo de RR.</p>
<p>Estimar el poder explicativo que las dimensiones de personalidad no combinadas vs. las combinadas tienen de CRS</p>	<p>Regresiones logísticas binarias. R2 Nagelkerke: para determinar adecuación de la ecuación y cantidad de varianza explicada. Como variable dependiente se introdujo CRS dicotomizada y recodificada de forma binaria como SBR = 0 (cuartil de protección) y SBR = 1 (cuartil de riesgo). Las variables independientes para las dimensiones de personalidad no combinadas fueron cada una de las cinco dimensiones del BFI, dicotomizadas en cuartiles. Las variables independientes para las dimensiones de personalidad combinadas fueron cada una de las combinaciones (N+E; N+A; N+C; N+O), dicotomizadas como combinaciones de alto riesgo/bajo riesgo en función del RR obtenido.</p>

---

## *CAPÍTULO III*

## *RESULTADOS*

---



En este capítulo se incluyen las dos investigaciones publicadas en su formato impreso.

### **ESTUDIO 1.**

**Planellas, I.**, Magallón-Neri, E., Kirchner, T., Forns, M., & Calderón, C. (2020). Do teenagers recover from traumatic situations? Identification of types of change and relationship with psychopathology and coping. *Children and Youth Services Review*, 116, Article 105147. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105147>

### **ESTUDIO 2.**

**Planellas, I.** & Calderón, C. (2022). Detecting the risk of suicidal-related behaviours in teenagers by means of combined personality dimensions. *Children and Youth Services Review*, 138. Article 106500  
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106500>

# ESTUDIO 1.

---

## ABSTRACT

Teenagers may experience potentially traumatic interpersonal and non-interpersonal events in everyday life that could cause discomfort. The general aim of this study was to explore changes over time in the perception of such discomfort and the psychopathological symptoms and coping linked to such change. The specific objectives were to: (a) describe the potentially traumatic life events (PTLEs) reported by participants; (b) analyze types of change in the distress experienced at the time that the event occurred and now according to gender and the time elapsed since the PTLE, and (c) assess psychopathological symptoms and coping styles according to four categories of change in distress (no-distress, permanence in initial distress, increased distress and decreased distress).

Methods: A retrospective cross-sectional design was employed. Five hundred and fifty-three Spanish teenagers (13 to 19 years old; 60.6% female) completed the LITE-S, YSR and A-COPE-SP self-reports, which assess traumatic events, psychopathological symptoms and coping style, respectively.

Results: Among the participants, 98.5% reported at least one PTLE, with non-interpersonal events more common than interpersonal events. Depending on the specific PTLE, 48% to 74% of teens reported reduced distress since the incident, a maximum of 16% reported increased distress, and between 6% and 56.5% reported permanence in the initial distress. Depending on the PTLE, anxiety and oppositional behaviors were higher in those showing increased distress, while affective and post-traumatic stress were lower in individuals showing decreased distress.

Coping styles did not vary much between the types of change in distress, with the

exception of searching for friendship, which was less common in adolescents who showed no distress over time. Being taken away from family caused the most persistent distress.

Conclusions: This study provides a useful framework for understanding the experiences of adolescents exposed to PTLEs, indicating that adolescents generally show good ability to recover from trauma. However, teens with increased and permanent distress over time have been identified as an at-risk population, and are therefore likely to be cared for by psychological or psychosocial services.

## 1. Introduction

Exposure to potentially traumatic life events (PTLEs) is common in all stages of life. Epidemiological studies report that lifetime trauma prevalence rates range from 51% to 90% depending on age, country and gender (Frazier, 2012). PTLEs in childhood and adolescence have adverse effects on physical and mental health. Experiencing traumatic events is correlated with anxiety, depression and anger (Edalati, Krank, & Schutz, 2020; Finkelhor, Hamby, Ormrod, & Turner, 2005), self-esteem problems and post-traumatic stress symptoms (Soler, Paretila, Kirchner, & Forns, 2012), with a higher risk of bipolar disorder, comorbid anxiety disorders, alcohol or substance use disorders (Danese & Baldwin, 2017), and with disruptive behaviors (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007). A history of exposure to traumatic events in childhood is associated with higher rates of chronic disease, suicide attempts, and mortality, as well as greater psychiatric disorders in adulthood (Feletti et al., 1998). Traumas involving interpersonal violence are the most strongly associated with post-traumatic stress disorders (McLaughlin et al., 2013).

Especially detrimental is the cumulative effect of victimizations on specific psychological symptoms (Grasso, Dierkhising, Branson, Ford, & Lee, 2015; Kirchner, Forns, Soler, & Planellas, 2014; Nilsson, Gustafsson, & Svedin 2010). Poly-victimized adolescents are six times more likely to report depression, anxiety and posttraumatic problems when compared with non-victimized adolescents (Ford, Elhai, Connor, & Frueh, 2010; Mossige & Huang, 2017). Among Spanish adolescents, 45% of poly-victims were within the clinical range on the Youth Self-Report Total Problem Scales, compared with 2% of non-victimized adolescents (Kirchner et al., 2020). The issue is important, as over time there is some stability in the pattern of victimization.

According to Dierkhising, Ford, Branson, Grasso, & Lee (2019) almost three-quarters of middle childhood poly-victims were poly-victims in adolescence. It is thus important in clinical practice to know the number of PTLEs that an adolescent has experienced throughout his/her life in order to have a broader understanding of the possible causes of psychological imbalance and thus to be able to suggest the most appropriate treatments (Cutuli, Alderfer, & Marsac, 2019; Forkey, & Szilagyi, 2014; Fratto, 2016; Gustafsson, Nilsson & Svedin, 2009).

When faced with potentially stressful situations, people trigger a chain of mechanisms, known as coping strategies that prevent serious chronic problems from arising. Coping strategies are cognitive and behavioral efforts to deal with life events that are appraised as potentially harmful for psychological adjustment (Lazarus & Folkman, 1984). Adaptation and overcoming the stress related to traumatic events are associated with effective or adaptive coping. Problem-focused coping or approach coping such as seeking family support, positive reappraisal, and solving problems are considered adaptive coping strategies (Agaibi & Wilson, 2005; Patiño & Kirchner, 2010). Emotion- focused or avoidant coping such as seeking diversions, venting feelings, escape or cognitive avoidance are considered non-adaptive coping strategies and are associated with increased psychological problems. Individuals with more reactivity to stress after traumatic events may have more difficulty in selecting effective coping strategies, thus tending to use negative emotion focused coping strategies (Danese & Baldwin, 2017; Vaughn-Coaxum, Wang, Kiely, Weisz, & Dunn, 2018).

The use of problem-focused coping increases resilience in adolescents, whereas the use of emotion-focused coping prevents the development of resilience (Villasana, Alonso Tapia, & Ruiz, 2016). In a socio-ecological model resilience is considered to

be a process of discursive negotiation between the individual and their ecological environment (mainly family, school and community) in which individual and environment influence each other (Ungar, 2015). The discursive negotiation involves the process of adapting to and reversing (bouncing back) adversity (Southwick, Pietrzak, Tsai, Keystal, & Charney, 2015). In order for protection systems to develop and function effectively, individuals need social and material resources and healthy family and community environments (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yeguda, 2014). In a previous study, resilient poly-victimized adolescents were more likely to seek family support and tended to use more positive reappraisal than non-resilient poly-victimized adolescents, while avoidance coping and more specifically escaping and venting feelings strategies played a mediating role between interpersonal victimizations and psychological symptoms (Kirchner et al., 2020).

The relationship between gender and the use of coping is a controversial topic. Frydenberg and Lewis (1993) indicated clear differences between boys and girls in their response to problems. But other studies indicated that the influence of gender on coping is minimal when the type of problem is controlled for (Forns, Kirchner, Abad, & Amador, 2012).

Studies analyzing the relationship between traumatic events and psychopathology have focused primarily on the number or severity of the traumatic events suffered (Briggs Gowan et al., 2010; Kirchner et al., 2020). To the best of the authors' knowledge, no studies to date have focused on the self-perception of changes in psychological discomfort linked to traumatic events that would indicate an improvement or worsening of personal wellbeing. To explore the perception of changes in distress over time associated with PTLEs the theoretical framework of Bonanno (2004) and Bonanno and Diminich (2013) was considered appropriate.

They identified four prototypical patterns of disruption in normal psychological functioning over time: chronic disruption, involving a severe level of dysfunction observed over the years and indicating a threshold or subthreshold of psychopathological symptoms; delayed disruption, which is an increase in psychopathological symptoms over time; recovery, which is a progressive decrease in dysfunction; and resilience, which implies quick recovery from the trauma. Inspired by this proposal, certain parallels were drawn between the prototypical patterns of dysfunction and changes in self-perception of emotional distress over time in adolescents. Four types of change were defined: 1) No changes in the initial level of distress over time (chronic dysfunction); 2) an increase in distress over time (delayed dysfunction); 3) decreasing distress over time (recovery); and 4) no distress either at the time of occurrence of the traumatic experience and now (either very quick recovery or resilience or non-susceptibility or immunity to stressors).

### *1.1. Objectives and hypothesis*

As little research has been conducted on the self-perception of changes over time in psychological distress after PTLEs, the overall aim of this study was to examine adolescents' perception of the evolution over time of their psychological distress after PTLEs, and to identify which stressors are associated with no distress, a decrease, an increase, or persistent distress over time. Identifying types of stressor-focused changes could help in the implementation of more individualized stress-focused treatments. This general objective can be divided into the following specific objectives based on the following hypotheses:

First, to calculate the frequency and percentage of PTLE reported by teens, including both non-inter-personal (nIP) and interpersonal (IP) PTLEs. In accordance with the aforementioned literature, it was assumed that the frequencies and

percentages of PTLE would be high (Nilsson et al., 2010; Tingskull et al., 2015).



Second, to analyze the degree of psychological distress that PTLE had caused in adolescents at two different times: at the time of its occurrence and now. It was hypothesized that the degree of discomfort as well as its duration over time would be a function of both the specific type of PTLE and the person variable. Regarding the person variable, following the proposal of Bonanno (2004) and Bonanno and Diminich (2013), it was expected that there would be adolescents with different trajectories: in some adolescents the level of discomfort would remain the same over time, in others it would increase, in others it would decrease, and other teens would not show discomfort either when the event occurred or at the present time. In other words, to know the types of change in perception of distress over time it would be useful to detect trajectories of disruption in psychological functioning.

Third, to determine if the specific type of PTLE and the type of change in psychological distress are related to psychopathology and coping style. Adolescents in whom distress increases over time and those who show permanence on the initial distress when faced with a given PTLE would be expected to show more psychological symptoms and a more avoidant or non-adaptive coping style. On the contrary, adolescents displaying decreasing distress over time and adolescents who showed no distress either at the time of the event or at the present time would be expected show more psychological adjustment and a more adaptive coping style. The effect of gender on these aspects was also investigated.

## **2. Method**

### *2.1 Participants*

The study sample comprised 553 adolescents aged 13 to 19 years ( $M = 15.6$

years, SD = 1.3; 60.6% females) from five different schools in the metropolitan area of Barcelona (Spain). Among the participants, 54.2% were in compulsory secondary school education, 40% in higher secondary school education, and 5.4% in vocational training. The majority was born in Spain (86.2%). The age, ethnic group and types of schools of the participants matched that indicated in the “*Institut d’Estadística de Catalunya*” [IDESCAT (2014– 2015)]. Female adolescents were overrepresented in the sample, probably because participation in the study was voluntary and girls tended to show a greater willingness to participate. The socioeconomic status of the families of the participants was as follows: 14.8% low, 20.4% low-medium, 19% medium, 22.2% medium-high, 4.5% high, and 19% not known.

## 2.2 Measures

An ad hoc *socio-demographic data sheet* was used to obtain information on age, gender, school qualifications, and the socioeconomic status of the students participating in the study.

*Lifetime Incidence of Traumatic Events - Student form* (LITE-S) (Greenwald & Rubin, 1999). This is a self-report checklist that characterizes 16 PTLEs that a child or adolescent can experience. These events are classified as non-interpersonal (nIP; such as a car accident or natural disaster) or interpersonal (IP; such as their parents’ divorce or being hated). See Table 1 for more detail. A Spanish version of the LITE-S, prepared by one of the authors of this paper, was used. The original version was translated and back- translated and then, after being checked by the research team for adequacy and nuance, it was approved by all the authors of the tool (Greenwald & Rubin, 1999). The tool asks if a particular type of event has occurred (YES, NO occurrence), its frequency (how many times it has occurred if

more than once), the age of the participant at the time of the first occurrence, and how much the event had worried them then and now (1 = not at all, 2 = a little, and 3 = a lot). Thus, LITE-S offered the possibility of analyzing the perception of change over time in distress linked to PTLEs.

LITE-S has a concurrent validity score of between .48 and .60, according to the different post-traumatic tests used (Greenwald & Rubin, 1999). Forns, Kirchner, Soler, and Paretilla (2013) found a low but significant Kendall's tau coefficient ( $r = .21, p < .001$ ) between the IP items of the LITE-S and the Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) (Hamby, Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2004a, 2004b) for Spanish adolescents. As internal consistency is not a particularly suitable index of reliability for instruments that attempt to measure actual life events such as traumas or victimization (Finkelhor et al., 2005; Turner & Wheaton, 1995), criterion validity was analyzed using expert criteria. Nine clinical psychologists, all experts in victimization, classified the items of the LITE-S based on the IP and nIP categories proposed by Greenwald and Rubin (1999). The agreement between examiners in their corresponding classifications calculated using Cohen's Kappa inter-rater index ranged between .62 and 1.00 (average value of .79). An agreement of more than 80% was found in 11 items and from 68% to 79% in three other items. The items in the IP category were better classified than the nIP items in their respective categories.

The *Youth Self-Report* (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001; 2007) measures social competence and psychopathological symptoms in children and adolescents. Participants were asked to indicate how frequently each of the item statements had happened to them within the last 6 months. Items were rated on a Likert-type scale, from 0 (no, never) to 3 (many times). The Achenbach model has been validated in 23 countries (Ivanova et al., 2007), including Spain (Abad, Forns, & Gómez, 2002). In the current study, the YSR DSM-oriented syndromes were used. These scales

reorganize the YSR items according to the symptoms accepted by the DSM taxonomic system into six diagnostic categories (affective problems, anxiety problems, somatic problems, attention deficit/hyperactivity problems, oppositional defiant problems and conduct problems) and two complementary scales (obsessive-compulsive problems and posttraumatic stress problems). Cronbach's alpha for the YSR DSM-oriented scales is  $> .70$  for the affective, attention-deficit and conduct scales, as well as posttraumatic stress disorder, and between  $.60$  and  $.69$  for the somatic, oppositional-defiant and obsessive/compulsive scales. Cronbach's alpha is less satisfactory for the anxiety scale ( $.55$ ).

*Adolescent Coping.* The A-COPE (Patterson & McCubbin, 1987) analyzes the coping style used by adolescents to manage generally stressful situations. The Spanish version of this tool, A-COPE-SP (Forns et al., 2013), contains 46 items that are rated on a Likert-type scale from 1 (never) to 5 (most of the time), and grouped into eight dimensions (Seeking Diversions, Escaping, Seeking Family Support, Searching for Friendship, Positive Re-appraisal, Venting Feelings, Seeking Spiritual Support, and Engaging in Demanding Activities). Cronbach's alpha for the A-COPE-SP ranges from  $.63$  to  $.79$ . The criterion validity for each factor has previously been assessed by considering their association with psychopathological measures (YSR DSM-oriented scales) (Achenbach & Rescorla, 2007). Escaping, Searching for Friendship, Seeking Diversions and Venting Feelings have been consistently linked to specific psychopathological problems. Seeking Family Support and Positive Re-appraisal have been negatively linked to specific psychopathological problems. Seeking Spiritual Support and Engaging in Demanding Activities appear to be independent of psychopathological problems (Forns et al., 2013).

### *2.3 Procedure*

The headmaster of each school was contacted via telephone. Eight schools in the metropolitan area of Barcelona (Spain) were contacted and five of them agreed to participate. In a preliminary information session the students were invited to participate, and the procedure was explained. They were given an informed consent form for their parents or legal guardians, which had to be returned, duly signed, on the day of data collection. Participation was voluntary and anonymous. The teenagers who declined to participate did not differ in age, socioeconomic status or grade level from those who did participate; however, they did differ in gender. Girls were more likely to volunteer than boys. The rate of participation was 44.7%. This low rate of participation is probably due to the demanding inclusion requirements, which consisted of two filters (willingness of the parents and willingness of the adolescents themselves). This participation rate was similar to that reported in other studies (Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2010) that also required two steps to be completed prior to inclusion: consent from parents and consent from adolescents. The study was approved by the Bioethics Committee of the University of Barcelona (Spain).

The questionnaires were applied collectively in the classroom to groups of 15– 30 teenagers in a session lasting around 2 hours. Students were informed that their answers should be based on their own experiences. Special attention was paid to ensure the privacy and confidentiality of the data, and to avoid random answers. Two members of the research team were present in the classroom to clarify any doubt and help if necessary. At the end of the questionnaires, a clear written message was provided, offering the adolescents counseling or professional advice if they wanted it. The adolescents only had to write their email address or phone number on the questionnaire and the research staff would contact them. Professional help was

offered to those who requested it within the following 2 weeks. Clinical cases were referred to mental health centers.

#### 2.4 Data analysis

The rate of occurrence refers to the number of teenagers who had experienced a PTLE. A dichotomous yes/no response was requested. The following parameters were calculated: a) The total number of occurrences by event and the percentages related to total N by event; b) the mean and SD for nIP and IP events, and t-test differences between nIP and IP; and c) the  $\chi^2$  for total events, nIP and IP events by gender. The elapsed time refers to the difference between the current age of the participants and their age when the PTLE first occurred. The mean and SD of the years elapsed were calculated for each event. The change in distress over time since the first occurrence of the PTLE and now was analyzed with repeated measures analysis of covariance (ANCOVA), with the past- now distress used as a within-subject variable (DV), gender as a between-subject variable (IV), and the elapsed time as a covariate, since a greater or lesser elapsed time might influence the change in distress. The perception of changes in distress was analyzed by considering four types of trajectory: Type 1 (T1), teens who reported no distress over time in response to the stressor; Type 2 (T2), teens who reported permanence on initial distress over time; Type 3 (T3), teens who reported increased distress over time; and Type 4 (T4), teens who reported decreased distress over time (see Figure 1). For each event a bar diagram was obtained, in which percentages for each type of change are represented, this being a descriptive analysis.

To analyze how the types of change were associated with psychological symptoms, a one-way ANOVA was conducted, taking the YSR DSM-Oriented Scales scores as the dependent variable (DV) and types of change as a factor (independent variable: IV). Previously, the YSR DSM-Oriented Scales raw scores

were transformed into T scores according to the multicultural group 3 (Achenbach & Rescorla, 2007), which includes Spanish populations. Similarly, to analyze how the types of change were associated with the coping style, a one-way ANOVA was conducted, taking coping styles as the dependent variable (DV), and types of change as a factor (independent variable: IV). Given the small size of the sample in some events, and especially in the type 3 category (increased distress), some analyses could not be performed. In both ANOVAs analysis Levene's test was used to check the homogeneity of the variances, and F or Welch's test was applied as required by the data. Either Tukey's test or Tamhane's contrast was applied. SPSS version 16.0 was used to perform the analysis.

LITE-S DEGREE OF PERCEIVED DISTRESS OVER TIME		NOW		
		NOT AT ALL	A LITTLE	A LOT
PAST	NOT AT ALL	T1: NON DISTRESS OVER TIME	T3: INCREASED DISTRESS	T3: INCREASED DISTRESS
	A LITTLE	T4: DECREASED DISTRESS	T2: PERMANENCE IN INITIAL DISTRESS	T3: INCREASED DISTRESS
	A LOT	T4: DECREASED DISTRESS	T4: DECREASED DISTRESS	T2: PERMANENCE IN INITIAL DISTRESS

Fig. 1. Types of changes according to the degree of perceived distress over time: Type 1 (T1); Type 2 (T2); Type 3 (T3); Type 4 (T4).

### 3. Results

#### 3.1 *Exposure to potentially traumatic life events*

Among the participants 98.5% reported having experienced at least one traumatic event throughout their lives (97.6% one or more nIP and 49.9% one or more IP events). The mean number of PTLEs was 4.0 ( $SD = 2.1$ ) [3.10 ( $SD = 1.41$ ) for nIP versus 0.89 ( $SD = 1.23$ ) for IP events ( $t = 29.38, p < .001$ )]. The two most common nIP events were someone in the family being in hospital, hurt or sick (77.7%) and someone in the family dying (73.0%). The two most common IP events were being threatened (20.0%) and having parents who had separated or divorced (18.3%). The percentage of nIP events reported was significantly higher than that of IP events (86.9% vs. 21%, respectively,  $z = 23.02, p < .0001$ ). There were no gender differences for nIP [ $\chi^2(8, N = 500) = 10.35, p = .229$ ] or IP [ $\chi^2(7, N = 495) = 9.78, p = .175$ ] events in terms of the frequency of PTLEs experienced.

The mean number of years elapsed since the first occurrence of a PTLE was 4.7 years ( $SD = 3.69$ , range = 2.14 to 7.72). The longest mean time elapsed was in relation to being hurt in an (non-car) accident, being sick in hospital (7.76 years), and being tied up or locked in a small space (7.72 years). The shortest time elapsed was in relation to having a friend who was very sick, hurt or who had died (2.14 years) and being robbed or having their house burgled (2.38 years). (See table 1).



**Table 1**

Occurrences, elapsed time, distress, and repeated measures ANCOVA (in the past and now) of the items on the Lifetime Incidence of Traumatic Events - Student form (LITE-S). Total sample size: N = 553.

	Occurrences (%)	Elapsed time M (SD)	Distress Past: M1, (SD1) Now: M2, (SD2)	Repeated measures ANCOVA for past-now moments. Main moment effect Wilks' lambda	
Non-interpersonal events					
1.- Being in a car accident	131 (23.8)	5.00 (3.45)	M1 = 2.13 (0.77) M2 = 1.38 (0.63)	$\lambda = .763F(1, 122) = 37.79$	$p = .000 \eta^2 = 0.24$
2.- Being hurt in another kind of accident or sick in hospital	187 (33.9)	7.76 (4.94)	M1 = 1.99 (0.80) M2 = 1.39 (0.65)	$\lambda = .700F(1, 161) = 68.87$	$p = .000 \eta^2 = 0.30$
3.- Seeing someone else get hurt	300 (54.4)	5.04 (3.69)	M1 = 2.36 (0.61) M2 = 1.46 (0.68)	$\lambda = .714F(1, 224) = 89.74$	$p = .000 \eta^2 = 0.29$
4.- Someone in the family in hospital (hurt or sick)	428 (77.7)	5.00 (3.71)	M1 = 2.61 (0.61) M2 = 1.90 (0.81)	$\lambda = .739F(1, 359) = 127.02$	$p = .000 \eta^2 = 0.26$
5.- Someone in the family has died	402 (73.0)	6.10 (4.16)	M1 = 2.62 (0.68) M2 = 2.13 (0.77)	$\lambda = .792F(1, 336) = 88.00$	$p = .000 \eta^2 = 0.21$
6.- Friend who is very sick, hurt, or has died	132 (24.0)	2.14 (2.23)	M1 = 2.71 (0.48) M2 = 2.01 (0.78)	$\lambda = .614F(1, 107) = 67.36$	$p = .000 \eta^2 = 0.39$
7.- Being in a fire	46 (8.3)	5.97 (4.48)	M1 = 2.31 (0.80) M2 = 1.46 (0.72)	$\lambda = .617F(1, 36) = 22.35$	$p = .000 \eta^2 = 0.38$
8.- Being in a hurricane, tomado, flood or mudslide	20 (3.6)	7.53 (3.59)	M1 = 2.06 (0.85) M2 = 1.31 (0.60)	$\lambda = .861F(1, 13) = 2.10$	$p = .171 \eta^2 = 0.14$
Interpersonal events					
9.- Parents breaking things or hurting each other	47 (8.5)	5.53 (4.11)	M1 = 2.58 (0.71) M2 = 1.75 (0.81)	$\lambda = .835F(1, 37) = 7.33$	$p = .010 \eta^2 = 0.16$
10.- Parents separated or divorced	101 (18.3)	7.49 (4.33)	M1 = 2.32 (0.85) M2 = 1.66 (0.72)	$\lambda = .744F(1, 85) = 29.21$	$p = .000 \eta^2 = 0.26$
11.- Being taken away from family	27 (4.9)	7.45 (4.87)	M1 = 2.24 (0.83) M2 = 2.19 (0.81)	$\lambda = .927F(1, 18) = 1.43$	$p = .248 \eta^2 = 0.07$
12.- Being hit, whipped, beaten, or hurt by someone	51 (9.2)	4.49 (3.62)	M1 = 2.28 (0.80) M2 = 1.37 (0.69)	$\lambda = .631F(1, 40) = 23.42$	$p = .000 \eta^2 = 0.37$
13.- Being tied up or locked in a small space	19 (3.4)	7.72 (3.78)	M1 = 2.39 (0.85) M2 = 1.28 (0.57)	$\lambda = .681F(1, 15) = 7.02$	$p = .018 \eta^2 = 0.32$
14.- Being made to participate in sexual activities	27 (4.9)	4.34 (4.02)	M1 = 2.12 (0.93) M2 = 1.64 (0.91)	$\lambda = .766F(1, 22) = 6.72$	$p = .017 \eta^2 = 0.23$
15.- Being threatened	110 (20.0)	3.43 (2.99)	M1 = 2.36 (0.71) M2 = 1.36 (0.66)	$\lambda = .604F(1, 94) = 61.54$	$p = .000 \eta^2 = 0.40$
16.- Being robbed or house being burgled	85 (16.8)	2.38 (1.98)	M1 = 2.46 (0.62) M2 = 1.38 (0.61)	$\lambda = .552F(1, 73) = 59.32$	$p = .000 \eta^2 = 0.45$

Note: Distress (range 1 to 3): M1, mean at the time of the event; SD1, standard deviation at the time of the event; M2, mean now; SD2, standard deviation now. For repeated measures ANCOVA only the main effects are shown. Gender  $\times$  moment interaction and elapsed time  $\times$  moment interaction are described in the text.

### 3.2 *Analysis of change*

The change in distress perception was analyzed according to gender and the time elapsed since the PTLE. A significant reduction in distress was found for 14 types of events (see main effect of ANCOVA in Table1), but not when the PTLE was experiencing a natural disaster (nIP) or being taken away from family (IP). Regarding interaction effects, while gender did not introduce differences in distress reduction over time, the time elapsed had a significant decreasing effect on distress for two types of events: being hurt in a non-car accident or being sick in hospital ( $\lambda = .916$ ;  $F(1, 161) = 14.70$ ;  $p = .000$ ;  $\eta^2 = .08$ ) and having someone in the family die ( $\lambda = .967$ ;  $F(1, 336) = 11.58$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2 = 0.033$ ).

Four types of change in distress were defined for each PTLE. In Figure 2 the percentages for each type of change, corresponding to each stressor, are expressed in bars. The percentage of teens in T1 (no change in distress) varied from 0.8% (having a friend who was very sick, hurt or had died) to 29.4% (being in a natural disaster). The percentage of teens in T2 (permanence on initial distress) varied from 5.6% (being tied up or locked in a small space) to 56.5% (being taken away from family). The percentage of teens in T3 (increased distress) varied from 0% (been tied up or locked in a small space) to 16% (having been made to participate in sexual activities). Finally, the percentage of teens in T4 (decreased distress) varied from 21.7% (having been taken away from family) to 74.4% (having been robbed or having house burgled).

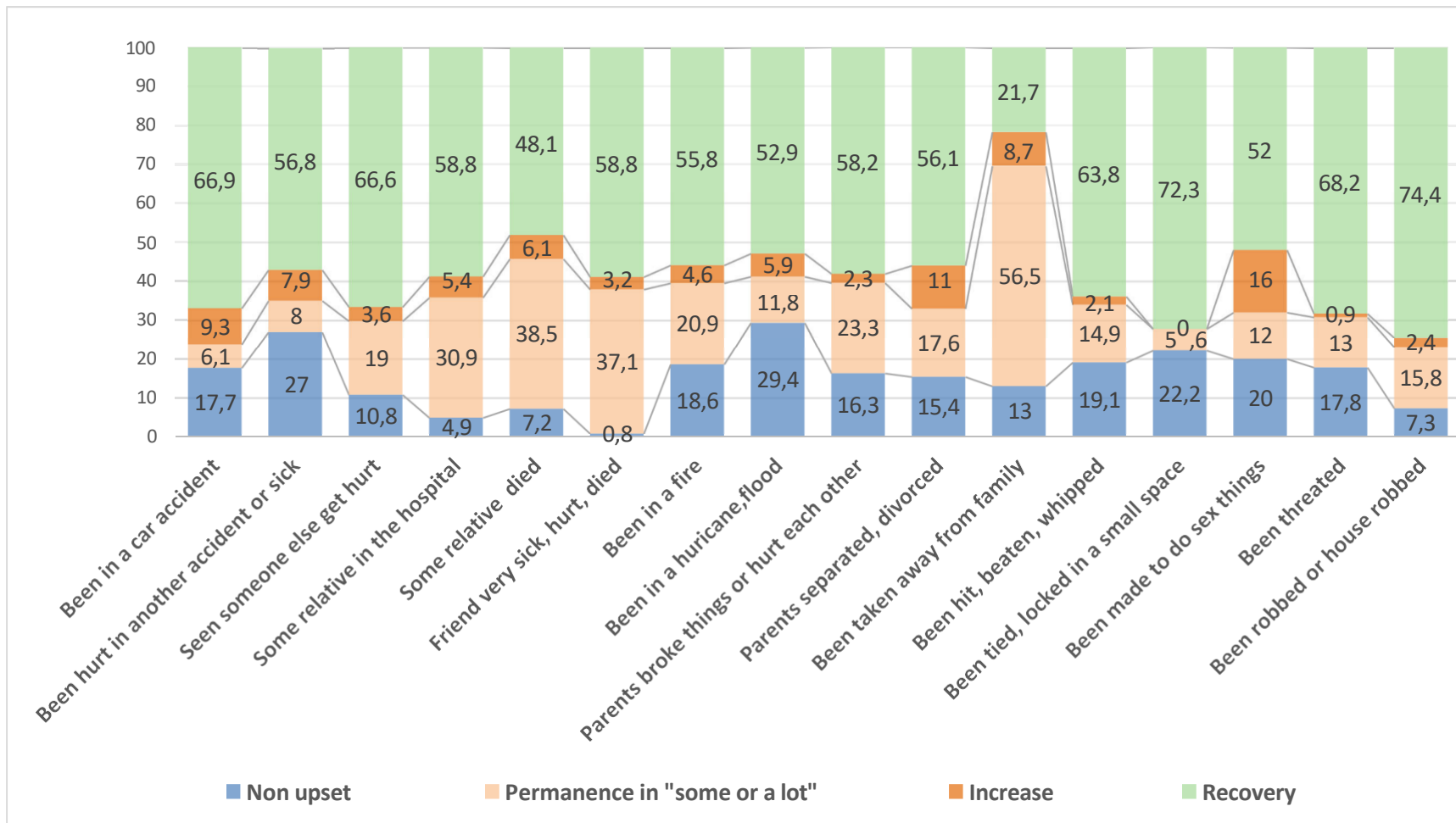


Figure 1. Percentages of adolescents reporting changes in distress over time: no distress both at the time of the event and now, distress at the time of the event continuing over time, increase in distress over time or recovery from the distress over time.

### *3.3. Psychopathological symptoms and coping style according to the type of change for each event*

Regarding psychopathology, the most notable results were the following. Teens with different trajectories in their self-perceived distress displayed similar levels of psychological symptoms on being in a car accident, seeing someone else get hurt, and having separated or divorced parents events. Teens with increased distress (T3) showed more anxiety symptoms (after being hurt in a non-car accident or being sick in hospital), more oppositional-defiant problems (after having a relative in hospital, hurt or sick), and both more affective problems and post-traumatic stress symptoms (after someone in the family had died) than some of the other types of trajectories in distress. None of the averages on the types of change on distress reached the borderline psychopathological level (T score  $\geq 68$ ). The other stressors could not be analyzed for their low sizes, and the unequal sizes between the subgroups.

Regarding coping styles, differences were observed between adolescents with different trajectories in their psychological distress after three types of PTLE (seeing someone else get hurt, having a relative in hospital hurt or sick and having separated or divorced parents). Those adolescents who presented permanence (T2), increased (T2) or decreased (T3) distress when they experienced these PTLEs sought the help of their friends more than those who did not present distress when experiencing these events (T1). In all three of these types of event, T1 achieved equal or lower raw scores than the average of the Spanish normative group ( $M = 3.58$ ,  $SD = .70$ ) (Forns et al., 2013). Since the sizes of the groups were different in all cases, type I errors could have occurred. Therefore these results must be interpreted with caution. See Table 2 for more

detail and comparisons between types of change in distress and psychopathology and coping.

**Table 2**

One-way ANOVA for YSR DSM-Oriented Scales symptoms (in T scores) and for A-COPE-SP strategies (raw scores) according to the type of change in distress over time by event.

Events <sup>b</sup>	YSR-DSM symptoms	ANOVA	N	T scores. Types means <sup>a</sup>	Types of changes differences	A-COPE-SP strategies	ANOVA	N	Raw scores Types means	Types of changes differences
2.- Being hurt in another kind of accident or sick in hospital	Anxiety Problems	F(3, 196) = 6.810; p = .000	N1 = 49 N2 = 21 N3 = 11 N4 = 119	T1 = 45.84 T2 = 51.79 T3 = 57.71 T4 = 47.29	3 > 1 & 4	—	—	—	—	
3.- Seeing someone else get hurt	—	—	—	—	—	Seeking friendship <sup>c</sup>	F(3, 269) = 4.829; p = .003	N1 = 28 N2 = 53 N3 = 8 N4 = 183	T1 = 3.35 T2 = 3.90 T3 = 3.43 T4 = 3.71	1 < 2 & 4
4.- Someone in the family in hospital (hurt or sick)	Oppositional-Defiant Problems	F(3, 397) = 3.313; p = .020	N1 = 20 N2 = 121 N3 = 21 N4 = 239	T1 = 45.62 T2 = 49.21 T3 = 54.64 T4 = 49.80	3 > 1	Seeking friendship <sup>c</sup>	F(3, 396) = 4.933; p = .002	N1 = 20 N2 = 121 N3 = 21 N4 = 239	T1 = 3.37 T2 = 3.88 T3 = 3.53 T4 = 3.73	1 < 2
5.- Someone in the family has died	Affective Problems	F(3, 359) = 4.754; p = .003	N1 = 25 N2 = 142 N3 = 21 N4 = 175	T1 = 48.52 T2 = 49.93 T3 = 53.29 T4 = 46.89	4 < 2 & 3	—	—	—	—	
	Post-traumatic stress	F(3, 354) = 4.582; p = .004	N1 = 25 N2 = 140 N3 = 21 N4 = 172	T1 = 46.29 T2 = 49.09 T3 = 52.43 T4 = 46.09	4 < 2 & 3	—	—	—	—	
10.- Parents separated or divorced	—	—	—	—	—	Seeking friendship <sup>c</sup>	F(3, 87) = 2.835; p = .043	N1 = 14 N2 = 15 N3 = 10 N4 = 52	T1 = 3.58 T2 = 3.68 T3 = 4.24 T4 = 3.90	1 < 3

Notes: a) Types of changes: Type 1 (T1) teens who report no distress over time in response to the stressor; Type 2 (T2) teens who report permanence in initial distress over time; Type 3 (T3) teens who report increased distress over time, and Type 4 (T4) teens who report decreased distress over time. b) ANOVAs were not conducted on items 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15 and 16, due to having unequal sizes of groups and some Type-change with  $n \leq 5$ . c) Mean and SD for Spanish adaptation on Seeking friendship strategy: M = 3.58; SD = 0.70

#### **4. Discussion**

As hypothesized, adolescents are widely exposed to potentially traumatic events. In the current study, 98.5% of the participants, independently of gender, had experienced at least one traumatic event during their lifetime. These rates of exposure are higher than those reported by Gustafsson et al. (2009) and Nilsson et al. (2010), who found that 89.5% of Swedish adolescents aged 12–20 years reported at least one traumatic event, and also higher than those reported by Jaber et al. (2008) who observed that 57.5% of Iranian students aged 7–15 years had experienced at least one traumatic event in their lifetime. The mean occurrences found in the current study (3.1 for n-IP and .87 for IP events), are higher than those reported by Li et al. (2009), who assessed children aged 6–18 years from rural China, and similar to those mentioned by Gustafsson et al. (2009). Since all the studies mentioned above used the same LITE-S instrument, the differences in the rates of occurrence could be due to the age of the participants and the country. Indeed, the amount of exposure to trauma is known to increase with age (Gustafsson et al., 2009) and different countries have varying cultural, technical and sociological characteristics (e.g., Switzerland, Iran, China, Spain, USA, South Africa, etc.). Moreover, the differences in the rates could also be attributed to the specific concept of trauma in the sense that beliefs about stressors alter those stressors' impact (Manzanero & Recio, 2012; Mossige & Huang, 2017), and also the ability to reveal or hide their impact (SAMSHA, 2014). As stated previously, exposure to traumatic events is high in adolescents, with non-interpersonal events being more common than interpersonal ones (Nilsson et al., 2010; Tingskull et al., 2015), although there was no distinction between traumatic events vs. bereavement vs. general adversity in either category.

To the best of the authors' knowledge, this is the first study to analyze the

changes in distress over time caused by PTLE by means of the LITE-S. As hypothesized, distress decreased over time regardless of whether the experience had been direct (such as suffering an accident) or indirect (such as having a family member hospitalized) for both girls and boys. Nevertheless, different types of trajectories in distress perception were identified. There were specific stressors for which the levels of stress perception were maintained over time. In the current sample, a reduction in stress was least likely in response to family stressors (such as being taken away from the family), as observed in 56% of the adolescents, probably due to the durability of the stressor, as well as the destruction of the affective bonds that this would entail. An emotional response related to separation could be perceived as a potentially traumatic event, developing feelings of uncertainty that combined with other separations commonly experienced could increase psychological distress (Wang, Tian, Guo, & Huebner, 2020). Contrary to expectations, there were no relevant findings regarding the use of avoidant coping (such as escaping, seeking diversions or venting feelings) associated with the type of permanence on distress.

Another remarkable result in the current study concerned those teens who had participated in sexual activities and perceived the event as stressful. This affected about 5% of all participants. Among them 16% reported increased distress over time. According to the literature this type of event has a long-term effect on the emotional state of the subjects (Hailes, Yu, Danese & Fazel, 2019; Negriff et al., 2019; Villalta et al., 2020), which, in the current work, could have been reflected through the increase in discomfort over time. Also, in line with the initial hypothesis, adolescents who experienced increased distress over time showed more symptoms of anxiety, affective, oppositional-defiant and post-traumatic stress than those who showed another reaction towards the same event.



There are adolescents who do not show distress in response to traumatic events. This can be interpreted in several ways: they experienced the event as a small stressor, or they reacted in an insensitive way to the stressor, or they can be considered resilient. There was not enough information to address this issue, thus such a reaction deserves careful future study. However, it should be emphasized that at the other extreme i.e. in response to having a friend who had been very sick, hurt or who had died, which was reported by 24% of teens, only 0.8% indicated the lack of distress at any time. Thus, this type of event does not leave teenagers indifferent. In addition, teens that show a lack of distress when faced with certain events show both less anxiety and fewer oppositional defiant symptoms as well as use seeking for friendship less as a coping strategy. Interestingly, seeking friendship is associated with psychological problems in adolescents, thus indicating either that this strategy is used with greater intensity when adolescents have problems, or that it works as an avoidance coping strategy (Forns et al., 2013). Teenagers often seek friendship to manage stressors, but the help given by their peers might not be effective enough. Moreover, seeking friendship might be considered as an emotional discharge rather than a strategy for resolving interpersonal problems, which could explain its relationship with mental health problems (Murray- Harvey & Slee, 2007).

Finally, there were adolescents who perceived that their degree of stress had decreased over time following several types of event. Decreased distress over time can be understood as a type of recovery, the main characteristic of resilient adolescents (Fayyad et al., 2017), involving the gradual mastering of problems. The current study identified a rate of recovery that exceeded 50% for most events, reaching 72% in some cases, highlighting the high capacity for recovery and resilience in teens. Although adolescents may face multiple PTLEs on their way

to maturity, most make their way without major complications. Many studies have observed that people are able to change the course of their lives and to take advantage of any difficulties, no matter how hard they are, and show positive adjustment and resilience after experiencing severe stressors (see Zolkoski & Bullock, 2012, for a review). As reported by McLaughlin et al. (2013), two-thirds of adolescents with PTSD recovered. The ability to recover depends to some degree on the specific type of stressor experienced (Cohen, Murphy, & Prather, 2019), and on the personal and social resources of adolescents, and especially on having a healthy family and supportive social environment (Southwick et al., 2014). But resilience is an adaptive phenomenon linked *inter alia* to the nature of the stressors experienced.

Of all the stressors assessed, being taken away from family stands out as it exhibited the lowest recovery rate. The LITE-S does not inquire about the specific circumstances of such separation from family, and although they may be diverse (immigration, abandonment, adoption, or forced separation by natural disaster among others), all of them involve feelings of loss, self-convincing explanations for the separation or abandonment and the construction of new social relationships (Bryant et al., 2017; Reinoso & Forns, 2010). Therefore, separation from their family is not easily accepted by adolescents. More than 50% maintained their initial levels of distress, 8.7% worsened and a few, 21.7%, recovered. However, how this specific event affects psychopathological behavior and coping style could not be analyzed because the number of teens affected was small (4.9% of teens), and the size of the subgroups of types of change varied.

Despite the fact that most adolescents recover from PTLEs, 16% experienced a worsening of distress. It is precisely these at-risk teenagers who should be the focus of attention of researchers, practitioners, and even policy

makers (Masten, 2001). Researchers should delve into the identification of variables related to this phenomenon, seeking indicators of improvement or worsening of personal wellbeing after experiencing a PTLE. In this way, the practitioners will be able to apply individualized therapies and reinforce personalized coping strategies to deal with the traumatic situation experienced, and to increase self-protection factors (particularly self-regulation and self-concept) and family and community support. For their part, policy makers should enact laws that give greater protection to children, as well as facilitate the creation of counseling centers for adolescents, parents and teachers. Likewise, policy makers should facilitate the inclusion of subjects in the school curriculum that help adolescents to identify traumatic experiences, (especially those of an interpersonal nature, since they are the most harmful), their possible effect on mental health and strategies for dealing with them.

## **5. Limitations and strengths**

This study has several limitations. One of them refers to the instrument used. Future studies would benefit from improvements to the LITE-S, particularly in the wording of the items, the way that initial versus current distress is measured, and by expanding the Likert distress scale, which currently has only three points. Another limitation refers to the sample used, which was a convenience sample. A priori, this would exclude the possibility of generalizing the results obtained here; however, according to data in the “Institut d’Estadística de Catalunya” [IDESCAT (2014-2015)], the sample is representative of the local population and age group. Moreover, the size of sample was not sufficient to allow the analysis of events with low occurrence rates. This made it difficult to study the differences in psychological symptoms and coping styles according to

the types of change in distress over time.

All the data were obtained from self-reports, entailing limitations that are inherent to this type of assessment tool. However, it should be noted that the appropriate informant on traumatic events is the adolescent who has experienced it, specifically in the case of interpersonal events, because it is the victim who holds key information about these events (Zimmerman & Farrell, 2013), and their feelings about distress change are personal. As indicated by La Greca, Taylor and Herge (2012), many symptoms of acute stress disorder refer to internal feelings and subjective states that are difficult for adults to detect in children; thus, in such cases, obtaining emotional data from children and adolescents is necessary. Also in current work, there was no clear information on the number of years needed for recovery or the social or psychological or social support received. Future studies with a larger sample should investigate these aspects. Finally, analyzing the events one by one, independently of each other, makes it difficult to determine the degree of discomfort generated by the stressor, as well as its cumulative effect.

Despite these limitations, this study has some important strengths. To the best of the authors' knowledge, this is one of the few studies that have analyzed the perception that adolescents have of the evolution of their discomfort over time caused by a stressor; thus, the present study fills a gap in this area. It was possible to establish different trajectories in the evolution of stress caused by PTLEs. The types of change identified (non-distress, permanence on distress, increase in distress and decrease in distress over time) will help us to understand the specific reactions of adolescents in response to particular stressors.

Furthermore, self-perceived changes in distress over time were evaluated while taking into account gender differences and the time elapsed since the PTLE.

Another strength was that the current study analyzed both non-interpersonal and interpersonal PTLEs, revealing the former to be more common than the latter. The identification of those PTLEs from which teens find it most difficult to recover and the related psychological symptoms is another contribution of the current study. Identifying adolescents who do not recover or experience increased distress after the experience of a traumatic event, and therefore can be considered as an at-risk population, would allow the implementation of prevention and early intervention policies focusing on prevention strategies to avoid retraumatization in treatment, to promote resilience, and to prevent the development of trauma-related disorders (SAMSHA, 2014).

## **6. Conclusion**

The current study focused specifically on the perceived change in distress over time linked to PTLEs, as well as the associated psychopathology and coping style. Different trajectories in the evolution over time of the distress caused by PTLEs were detected, which allowed the establishment of four different types of stress-focused change. The main finding is that the majority of adolescents recover after PTLEs, which is an encouraging and optimistic finding. Another contribution is the identification of stressors from which it is more difficult to recover and the specific psychological symptoms and coping strategies linked to them. Identifying the stressors with the greatest and least potential for recovery allows us to understand how adolescents react to specific stressors and, therefore, allows for more personalized and stress-focused therapies.

## REFERENCES

- Abad, J., Forns, M., & Gómez, J. (2002). Emotional and behavioral problems as measured by the YSR: Gender and age differences in Spanish adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(2), 149- 157. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.18.2.157>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment Burlington, VT: University of Vermont. *Research Center for Children, Youth, & Families*, 1617.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007). Multicultural supplement to the manual for the ASEBA school-age forms & profiles. *Burlington VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families*.
- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195–216. <https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K. J., & Ford, J. D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: Differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1132–1140. <https://doi.org.sire.ub.edu/10.1111/j.1469-610.2010.02256.x>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20- 28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>.
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity—trajectories of minimal–impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378–401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Bryant, R. A., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K. L., Silove, D.... & Nickerson, A. (2017). Separation from parents during childhood trauma predicts adult attachment security and post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 47, 11, 2028-2035. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291717000472>.
- Cohen, S., Murphy, M. L. M., & Prather, A. A. (2019). Ten surprising facts about stressful life events and disease risk. *Annual Review of Psychology*, 70, 577-597. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584. <https://doi.org/10.1023/A:1014851823163>.

- Cutuli, J. J., Alderfer, M. A., & Marsac, M. L. (2019). Introduction to the special issue: Trauma-informed care for children and families. *Psychological Services, 16*(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000330>.
- Danese, A., & Baldwin, J. R. (2017). Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annual Review of Psychology, 68*(1), 517–544. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044208>.
- Dierkhsing, C. B., Ford, J. D., Branson, C., Grasso, D. J., & Lee, R. (2019). Developmental timing of polyvictimization: Continuity, change, and association with adverse outcomes in adolescence. *Child, Abuse & Neglect, 87*, 40-50. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.022>.
- Edalati, H., Krank, M. D., & Schutz, C. G. (2020). Childhood Maltreatment and Perceived Stress in Individuals with Concurrent Psychiatric Disorders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 29*(1), 22-37. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1595802>.
- Fayyad, J., Cordahi-Tabet, C., Yeretizian, J., Salamoun, M., Najm, C., & Karam, E.G. (2017). Resilience-promoting factors in war-exposed adolescents: an epidemiologic study. *European Child and Adolescent Psychiatry, 26*(2), 191-200. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0871-0>.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8).
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect, 29*(4), 383–412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.001>
- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F., & Frueh, B. 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*(6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.212>
- Forns, M., Kirchner, T., Abad, J., & Amador J.A. (2012). Differences between genders in coping: Different coping strategies or different stressors? *Anuario de Psicología 42*(1), 5-18. <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/253519>.
- Forns, M., Kirchner, T., Peró, M., Pont, E., Abad, J., Soler, L., & Paretilla, C. (2013). Factor structure of the adolescent coping orientation for problem experiences in Spanish adolescents. *Psychological Reports, 112*(3), 845–871. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2466/03.20.PR0.112.3.845-871>
- Forns, M., Kirchner, T., Soler, L., & Paretilla, C. (2013). Spanish/Catalan version

- of the Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): psychometric properties. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 43(2), 171–188. <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/271071>.
- Fratto, C. M. (2016). Trauma-Informed Care for Youth. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 439-446. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.01.007>.
- Forkey, H., & Szilagyi, M. (2014). Foster care and healing from complex childhood trauma. *Pediatric Clinics of North America*, 61(5), 1059-1072. <http://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.06.015>.
- Frazier, P. A. (2012). Trauma psychology. In E.M. Altmaier & J.I.C. Hansen (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of counseling psychology* (p. 807–836). Oxford University Press.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16(3), 253-266. <https://doi.org/10.1006/jado.1993.1024>.
- Grasso, D.J., Dierkhising, C.B., Branson, C.E., Ford, J.D., & Lee, R. (2016). Developmental Patterns of Adverse Childhood Experiences and Current Symptoms and Impairment in Youth Referred For Trauma-Specific Services. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44 (5), 871–886. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0086-8>.
- Greenwald, R., & Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9(1), 61–75. <https://doi.org/10.1177%2F104973159900900105>.
- Gustafsson, P. E., Nilsson, D., & Svedin, C. G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(5), 274–283. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s00787-008-0728-2>.
- Hailes, H. P., Yu. R., Danese, A., Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*, 6 (10), 830-839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X).
- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2004a). The juvenile victimization questionnaire (JVQ): Administration and scoring manual. *Durham, NH: Crimes Against Children Research Center*.
- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2004b). The juvenile victimization questionnaire (JVQ): Child self-report version. *Durham, NH: Crimes against Children Research Center*.
- IDESCAT (2014-2015). (n.d.). Statistical information of Generalitat of Catalonia. Retrieved from [www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=744&t=2015](http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=744&t=2015) (1 June 2016).



- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., ... Döpfner, M. (2007). The generalizability of the Youth Self- Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 729. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.75.5.729>.
- Jaber, G. N., Babaei, A., Nouri, K., Zadmir, N., Nouri, R., Kazemi, M., ... Moradi, M. (2008). Frequency of Life Traumatic Events and their Psychological Impacts in 7-15 Years Old Urban Students of Kermanshah City in 2006. *Kermanshah University of Medical Sciences*, 12(2):e80094.
- Kirchner, T., Forns, M., Soler, L., & Planellas. (2014). Post-traumatic stress problems among poly-victimized Spanish youth: Time effect of past vs. recent interpersonal victimizations. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1303-1312. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.014>
- Kirchner, T., Magallón-Neri, E., Forns, M., Muñoz, D., Segura, A., Soler, L., & Planellas, I. (2020). Facing interpersonal violence: identifying the coping profile of poly victimized resilient adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 35 (9-10), 1934- 1957. <https://doi.org/10.1177/088626051770061>.
- La Greca, A. M., Taylor, C. J., & Herge, W. M. (2012). Traumatic stress disorders in children and adolescents. In Gayle Beck & Denise Sloan. *The Oxford Handbook of traumatic stress disorders*. Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Li, X., Barnett, D., Fang, X., Lin, X., Zhao, G., Zhao, J. et al. (2009). Lifetime incidences of traumatic events and mental health among children affected by HIV/AIDS in rural China. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(5), 731– 744. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/15374410903103601>.
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E.D., Petukhova, M., Sampson, A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815-830. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>.
- Manzanero, A. L., & Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 19- 25. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062012000100003>.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>.
- Mossige, S., & Huang, L. (2017). Poly-victimization in a Norwegian adolescent population: Prevalence, social and psychological profile, and detrimental effects. *PLoS ONE*, 12(12): e0189637.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189637>.

Murray-Harvey, R., & Slee, P. T. (2007). Supportive and stressful relationships with teachers, peers and family and their influence on students' social/emotional and academic experience of school. *Australian Journal of Guidance and Counseling*, 17, 126 – 147.

<https://doi.org/10.1375/ajgc.17.2.126>.

Negriff, S., Gordis, E. B., Susman, E. J., Kim, K., Peckins, M. K., Schneiderman, J. U., & Mennen, F.E. (2019). The Young Adolescent Project: A longitudinal study of the effects of maltreatment on adolescent development. *Development and Psychopathology*, 1-20 PMID 31845641.

<https://doi.org/10.1017/S0954579419001391>.

Nilsson, D., Gustafsson, P.E., & Svedin, C.G. (2010). Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of post-traumatic stress and dissociation. *Nordic Journal of Psychiatry*,

64(1), 19-26. <https://doi.org/10.3109/08039480903264846>

Patiño, C., & Kirchner, T. (2010). Stress and psychopathology in Latin-American immigrants: The role of coping strategies. *Psychopathology*, 43(1), 17–24.

<https://doi.org/10.1159/000255959>.

Patterson, J.M.& McCubbin, H.I. (1987). A-COPE: Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences. In H.I. McCubbin& A.I. Thompson (Eds.). *Family assessment inventories for research and practice* (pp. 225-243). Madison, WI: University of Wisconsin-Madison.

Reinoso, M., & Forns, M. (2010). Stress, coping and personal strengths and difficulties in internationally adopted children in Spain. *Children and Youth Services Review*, 32(12), 1807–1813.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.08.001>.

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. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0301-x>.

Southwick, S. M., Pietrzak, R. H., Tsai, J., Krystal, J. H., & Charney, D. (2015). Resilience: An Update. *PTSD Research Quarterly*, 25(4), 1-10.

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C. & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 525338.

doi:10.3402/ejpt.v5.25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMSHA]. (2014). *National Survey on Drug Use and Health: Summary of Methodological Studies*. CBHSQ Methodology Report. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.

- Tingskull, S., Svedin, C.G., Agnafors, S., deKeyser, L., Sydsjö, G., & Nilsson, D. (2015). Parent child agreement on experience of potential traumatic events. *Child Abuse Review*, 24, 170–181. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/car.2287>.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323–330. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012>.
- Turner, R. J., & Wheaton, B. (1995). Checklist measurement of stressful life events. In S. Cohen, R. C. Kessler, & L. U. Gordon (Eds.), *Measuring stress: A guide for health and social scientists* (pp. 29–58). Oxford University Press.
- Ungar, M. (2015). Practitioner review: Diagnosing childhood resilience – a systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 4–17. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12306>.
- Vaughn-Coaxum, R. A., Wang, Y., Kiely, J., Weisz, J. R., & Dunn, E. C. (2018). Associations Between Trauma Type, Timing, and Accumulation on Current Coping Behaviors in Adolescents: Results from a Large, Population-based Sample. *Journal of youth and adolescence*, 47(4), 842–858. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0693-5>.
- Villalta, L., Khadr, S., Chua, K.C., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R.M, .... Smith, P. (2020). Complex post-traumatic stress symptoms in female adolescents: the role of emotion dysregulation in impairment and trauma exposure after an acute sexual assault. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1):1710400. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1710400>.
- Villasana, M., Alonso-Tapia, J., & Ruiz, M. (2016). A model for assessing coping and its relation to resilience in adolescence from the perspective of “person– situation interaction”. *Personality and Individual Differences*, 98, 250-256. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.053>.
- Wang, Y., Tian, L., Guo, L., & Huebner, E. S. (2020). Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 66, 101090. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101090>
- Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resiliencē in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34, 295– 2303. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.009>.

Compliance with ethical standards

**Informed consent** Informed consent was obtained from all participants.

**Declaration of Competing Interest:** The authors have declared no conflict of interest.

### **Acknowledgements**

This study received funding from the Spanish Ministry of Economía y Competitividad inside the National Program for Promoting Excellence in Scientific and Technical Research (Project: PSI2013-46392-P) and from the Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca, Generalitat de Catalunya (2014SGR1139–2017SGR1681).

**Appendix A. Supplementary data.** Supplementary data to this article can be found online at <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105147>

## ESTUDIO 2.

---

**Planellas, I. & Calderón, C. (2022).** Detecting the risk of suicidal-related behaviours in teenagers by means of combined personality dimensions. *Children and Youth Services Review*, 138. Article 106500 <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2022.106500>

Esta segunda investigación ha sido complementada con algunos análisis *ad hoc* que pueden resultar de interés al lector. Concretamente, se han elaborado baremos del BFI para población adolescente reclutada en colegios de Catalunya. Ver Anexo 3.

## ABSTRACT

Suicide is one of the main causes of death among teenagers (World Health Organization; WHO, 2019). Suicidal-related behaviour (SRB) (suicidal ideation and suicidal intent/self-harm behavior) is one of the main risk factors for suicide. Hence the importance of detecting predictive variables of SRB. The main purpose of this study was to analyze the association and explanatory power that combined dimensions of personality in comparison with uncombined dimensions in relation to SRB. Participants were 1027 teenagers (girls 62.2%) aged between 13 and 18 (mean age = 15.59; SD = 1.29). Personality dimensions were assessed with the Big Five Inventory and the SRB with the Youth Self Report. Neuroticism combined with the remaining personality dimensions, is associated with better predictions of SRB than the uncombined dimensions. The relative risk (RR) of SRB combining personality dimensions were high (RR = 10 in some of these combinations) and the explanatory power of some of them reaches 23%. The role of the Openness dimension in relation to SRB is discussed, a role that until now has had little consensus in the scientific literature. In conclusion, taking into account several personality dimensions simultaneously is a useful approach to identify adolescents with a higher risk of reporting behaviour associated with suicidality. Likewise, these results will assist in the development of preventive and intervention policies.

## 1. Introduction

Suicide is a complex and multi-causal phenomenon and has become a serious public health problem worldwide (Bradley, 2016). According to the World Health Organization (WHO, 2019) about 800,000 people lose their life to suicide each year, and there are even more attempts for each completed suicide. Suicide is the third leading cause of death among adolescents aged 15 to 19. According to the National Institute of Statistics (INE), there were 3,539 deaths from suicide in Spain in 2018, of which 286 corresponded to young people under 30 years of age.

These alarming data makes the study of suicide-related behaviours (SRB), a concept that encompasses thoughts, self-injurious behaviours and suicide attempts (Li et al., 2016), a topic of great interest, especially given its relationship with completed suicide (Mars et al., 2019). A meta-analysis of 52 studies found that the strongest correlation of suicide attempts were, among others, suicidal ideation (Victor & Klonsky, 2014). One third of adolescents who have suicidal thoughts continue with a suicide attempt (Nock et al., 2013). Mars et al. (2019) claimed that 12% of adolescents with suicidal thoughts and 12% who had engaged in self-injurious behaviours reported attempting suicide. Differences have been found in SRB according to gender. Women present more suicidal ideation and more suicide attempts (Im et al., 2017) while men present more completed suicide (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

To prevent and intervene in SRB, it is of great importance to identify predictive or associated psychological variables. One of the predictors analyzed in the literature is personality (Li et al., 2014). One of the most consensual definitions of this construct is the one proposed by Allport (1961): “Personality is the dynamic organization within the individual of those psychophysical

systems that determine his characteristic behavior and thought” (p. 28). Carver and Scheier (1997) added to this definition: "Personality is the dynamic organization within the individual of those psychophysical systems that determine characteristic patterns of behavior, thought and feelings" (p.5).

Personality traits have been a particular focus of interest since the development of the Big Five Personality Traits Model (BFPTM; Costa & McCrae, 1988). McCrae and Costa (1999) understand personality as a series of basic behavioural tendencies that influence thoughts, emotions and actions. Their origin is biological and they develop from childhood until they become stable structures in adulthood. Based on this model, personality is classified into five dimensions: Extraversion (E), Agreeableness (A), Conscientiousness (C), Neuroticism (N) and Openness (O). According to trait theory, personality has a certain stability through time and situations.

The rationale for this study is based on the idea that if personality confers a relatively stable way of thinking, feeling and acting, it is possible that it influences reactions to life events. One of these forms of reaction to adversity could be SRB. Several studies that have aimed to relate personality traits and SRB have found that Neuroticism and Introversion are the dimensions that pose the greatest risk for SRB (Carballo et al., 2020) and have identified Extraversion as a protective factor (Blüml et al., 2013).

The remaining personality dimensions have been less studied, but a low level of Agreeableness and a low level of Conscientiousness have been associated with suicidal ideation (Mullins et al., 2013). The role of Openness in regards to SRB remains unclear (Szücs et al., 2018): some authors found that high levels of Openness were associated with suicidal ideation (Blüml et al., 2013) as well as with self-injurious behaviour (Brown, 2009; Mullins et al.,



2013). Other authors have found that adolescents with high levels of Openness reported fewer suicides (Singh & Pathak, 2017).

The relationship between personality traits and SRB appears to be influenced by gender (Rozanov & Mid'Ko, 2011): in women, SRB is associated with a high level of Neuroticism, while in men it is associated with low Conscientiousness (Blüml et al., 2013). Despite the abundant literature on the relationship between personality and SRB, to our knowledge very few studies have simultaneously analysed several personality traits. The most methodologically similar work to ours is that of Fang et al. (2012) since it is the only one that combined two personality dimensions (Neuroticism and Extraversion) in the same individual. These authors analysed a population of 64 clinical adult subjects from rural China. Their results indicated that the combination of high Neuroticism together with low Extraversion, is the pattern of personality with the highest risk of completed suicide.

When we define people, we are combining several traits at once, so it seems logical that this should be considered when analysing an individual's risk of SRB. The aim of the present study was to determine the role of personality in identifying the risk of SRB in a sample of teenagers from the general population. The theoretical framework is inscribed in the BFPTM and its concept of personality styles: the combination of two personality traits simultaneously from the same individual (Costa & McCrae, 1988; Costa & Piedmont, 2003).

This general aim was broken down into three specific objectives: a) to analyse the association between SRB and each of the five dimensions of personality of the Big Five Inventory (BFI), establishing the relative risk (RR) of SRB. From the referenced bibliography, we expected certain dimensions of

personality to be associated to a greater extent than others with SRB, and for Neuroticism to show one of the strongest associations. b) To analyse the association between SRB and the simultaneous combination of different personality dimensions (combined personality dimensions). We expected the combination of personality dimensions to be associated to a greater extent and lead to a higher RR of SRB than the uncombined dimensions. c) To determine the explanatory power of the uncombined versus combined personality dimensions in the SRB. The underlying hypothesis was that the combined dimensions would have greater explanatory power for SRB.

As a preliminary step and a complementary descriptive objective, the main variables of the study were characterized for the total population and according to gender: both the personality profile of the participants and the percentage of SRB were estimated.

## **2. Material and methods**

### *2.1 Participants*

The sample comprised 1027 teenagers (girls 62.2%) aged 13 to 18 years ( $M_{age} = 15.59$  years,  $SD = 1.29$ ) from ten schools in Barcelona and surroundings (Spain). Regarding types of schools, seven are state-funded and three are charter schools. Among the participants, 51.8% were in compulsory secondary school education, 45.3% in higher secondary school education, and 2.9% in vocational training. The majority was born in Spain (84.6%). The age, ethnic group and types of schools of the participants matched that indicated in the “Institut d’Estadística de Catalunya” [IDESCAT (2014–2015)]. The Statistical Institute of Catalonia (IDESCAT) is the institution responsible for official statistics of Catalonia. It is a regional administrative body with legal identity, administrative and financial autonomy, and full capacity to act within its areas

of competence, in accordance with Law 23/1998, on statistics in Catalonia. Based on the Hollingshead Four-Factor Index, the SES of the participants' families was as follows: 14.1% low, 20.1% medium-low, 20% medium, 32.1% medium-high and 13.7% high. Regarding the level of employment, 86.5% of the participants' fathers and 79.3% of their mothers were working, 9.3% of their fathers and 17.5% of their mothers were unemployed, and 4.2% of their fathers and 3.2% of their mothers were pensioners. The majority of participants (80%) were living with their biological parents.

## 2.2 Measures

An ad hoc socio-demographic data sheet was used to obtain information on age and the socioeconomic status of the students participating in the study. The Spanish version (Benet-Martínez & John, 1998) of the BFI (John et al., 1991) was used to assess the five personality dimensions (Costa & McCrae, 1988). Participants rate each of the 44 items that make up the inventory on a 5-point Likert scale ranging from 1 (disagree strongly) to 5 (agree strongly). In the present study, the internal consistency (Cronbach's  $\alpha$ ) fluctuated between good and acceptable: Extraversion ( $\alpha = .80$ ), Agreeableness ( $\alpha = .62$ ), Conscientiousness ( $\alpha = .77$ ), Neuroticism ( $\alpha = .70$ ) and Openness ( $\alpha = .75$ ). The means obtained in the current study do not differ significantly from those found in the Spanish adaptation (Benet-Martínez & John, 1998) with a sample of 894 undergraduate students (mean age = 21, SD = 3.3): Extraversion Cohen's  $d = 0.21$ ; Agreeableness  $d = 0.12$ ; Conscientiousness  $d = 0.43$ ; Neuroticism  $d = 0.34$ ; Openness  $d = 0.46$ .

The Spanish adaptation (Abad et al., 2002) of the *Youth Self Report* (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001) was used to assess SRB. The YSR is a self-report that measures emotional and behavioural problems in children and

adolescents between 11 and 18 years old. It uses 112 items scored on a 3-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 2 (very often) to assess how often each of the item statements happened to teens within the previous 6 months. For the purpose of the current work, items 18 (I deliberately try to hurt or kill myself) and 91 (I think about killing myself) were used as indicators of SRB. In the current sample, the internal consistency of items 18 and 91 through Cronbach's alpha was .73. Pearson's correlation between these items was  $r = .60$ .

The fact that these two YSR items were exclusively used to assess SBR can be justified both from a theoretical-methodological point of view, as well as from an operational point of view. From a theoretical-methodological point of view, numerous authors state that if the construct being evaluated is sufficiently concrete or unambiguous for the respondent, a single-item measure may suffice. (See Sauro, 2018 for a review). On the other hand, from the operational point of view, there are several studies that have used these same two items to assess SBR (see, for example, Kirchner et al., 2011; Soler et al., 2013; Suarez-Soto et al., 2018).

### *2.3 Procedure*

The headmasters of various educational centres were contacted by phone or in person. In those who agreed to participate, an interview was carried out with the directors, head of studies and/or psychologist, or pedagogue of the centre in order to explain the project, its structure, its timing and the type of tests to be administered. Subsequently, an information session was held with the students in order to explain the project and motivate them to participate. They were given an informed consent form for their parents or legal guardians, which had to be returned, duly signed, on the day of data collection.

Participation was voluntary and anonymous. The different questionnaires were applied collectively in the classroom to groups of 20–30 teenagers in a session lasting around 2 and a half hours. Special attention was paid to ensure the privacy and confidentiality of the data, and to avoid random answers. Two members of the research team were present in the classroom to clarify any doubts and help if necessary. At the end of the questionnaires, a clear written message was provided, offering the participants counselling or professional advice if they wanted it. The present study is part of a broader research on psychological vulnerability in adolescence. The Bioethics Committee of the University of Barcelona in Spain (CBUB) approved it on 6/10/2014. The CBUB is an ethics committee recognized by the USA National Health Service (NHS). The reference number of Institutional Review Board is: IRB00003099. This study also complied with the guidelines of the Declaration of Helsinki (World Medical Association, WMA, 2017) and the legislation on the protection of confidential data.

#### 2.4 Data analysis

To characterize the BFI's personality dimensions, the means ( $M$ ), the standard deviations ( $SD$ ) and the empirical ranges were calculated. The differences between genders were tested using Student's  $t$ -test, applying Levene's test for equality of variances. Cohen's  $d$  was used to estimate the effect size.

SBR was coded as  $SBR = 1$  (presence of either suicidal thoughts or suicide attempts/non-suicidal self-injury or both), and  $SBR = 0$  (absence of any of these concepts). The % for total sample, for girls and for boys was calculated, and gender differences were tested with Chi-square. The Relative Risk (RR) was used to calculate the likelihood of reporting SRB according to

gender.

The raw scores of the five dimensions assessed by the BFI were converted into quartiles (Q) in order to be able to categorize and compare the extreme levels of each of them: (Q1= the lowest pole, and Q>3 = the highest pole i.e. the 25% of the sample with the highest scores in the dimensions). Chi-square was used to determine the association between each of the uncombined personality dimensions and SRB. This calculation enabled identification of the personality dimension most associated with SRB: Neuroticism in the present study. For each of these uncombined dimensions, the RR of SRB was calculated.

Then, the personality dimension most associated with SRB (Neuroticism) was combined with the quartiles of the remaining dimensions, giving rise to the combined personality dimensions: N+E; N+A; N+C; N+O. Chi-square was used to determine the association between each of these combined personality dimensions and SRB. The adjusted standardized residuals were used to identify the quartiles most associated with SRB. The cross tables demonstrated the distribution of frequencies in each quartile of the combined personality dimensions according to SBR = 0 and SBR = 1. This made it possible to identify the profiles with the highest risk of SBR, as well as those with the highest protection, and thus the RR was calculated.

Finally, ten logistic binary regressions were employed to estimate the explanatory power of both uncombined (five regressions) and combined (five regressions) personality dimensions on SRB. In all ten regressions the dependent variable was SBR, dichotomized and recoded in a binary way as SBR = 0 (protection quartile) and SBR = 1 (risk quartile). The independent variables for the uncombined personality dimensions were each of the five dimensions of the

BFI, dichotomized into lower and upper quartiles. The independent variables for the combined personality dimensions were each of the combinations (N+E; N+A; N+C; N+O), dichotomized as high risk/low risk combinations. High risk and low risk combinations were recorded in a binary way (low risk = 0 and high risk = 1). As Openness has two risk combinations (NQ>3+OQ> 3 and NQ>3+OQ1) a regression was carried out for each possibility.

Statistical analyses were performed with Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, 25.0 version and with MedCalc Statistical Software. Significance was set at  $p < 0.05$ .

### **3. Results**

#### *3.1 Characterization of the study variables*

Table 1 shows the means, the SD and the empirical range for each of the BFI dimensions of the total sample and according to gender. Regarding personality, the girls obtained significantly higher mean scores on Neuroticism ( $t = 10.16, p < .001$ ; Cohen's  $d = 0.69$ ). No significant differences were observed in the remaining dimensions. Regarding SRB, 15.6% of teenagers reported SRB. The percentage of girls (19.6%) was higher than that of boys (8.9%). [ $\chi^2(1, N = 1018) = 20.71, p < .001$ ]. The risk of reporting SRB was double in girls [RR = 2.20 (95% CI = 1.538–3.143),  $p < .0001$ ].

Table 1. Mean (M), standard deviation (SD) and empirical range for dimensions of BFI. Total sample, girls and boys.

BFI personality dimensions	Number of items	Total N= 1027	Girls n=642	Boys n=385
		<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )
Extraversion (Range 10–40)	8	28.49 (5.64)	28.65 (5.67)	28.21 (5.58)
Agreeableness (Range 16–45)	9	34.75 (4.20)	34.67 (4.29)	34.91 (4.27)
Conscientiousness (Range 13–45)	9	28.85 (5.89)	29.22 (5.77)	28.23 (6.03)
Neuroticism (Range 8–40)	8	23.49 (5.64)	24.86 (5.51)	21.18 (5.10)
Openness (Range 17–50)	10	35.17 (6.01)	35.38 (6.05)	34.82 (5.96)

### 3.2 Association between uncombined and combined personality dimensions and SRB.

Table 2 shows the association between the dimensions (uncombined and combined) of the BFI and SRB, as well as the RR of SRB. As shown, the dimension most associated with SRB was Neuroticism. These results differed by gender. In boys, the only association was found between SRB and Neuroticism [ $\chi^2$  (3, N = 385) = 18.07,  $p < .001$ ]. On the contrary, in girls there was an association with Neuroticism [ $\chi^2$  (3, N=642) =16.14,  $p < .001$ ], Extraversion [ $\chi^2$  (3, N=642) =9.56,  $p = .023$ ], Conscientiousness [ $\chi^2$  (3, N=642) =8.05,  $p = .045$ ], and Agreeableness [ $\chi^2$  (3, N=642) =8.26,  $p = .041$ ].

Since the dimension most associated with SRB was Neuroticism, it was combined with the remaining dimensions of the BFI giving rise to 4 combinations: Neuroticism & Extraversion, Neuroticism & Agreeableness, Neuroticism & Conscientiousness, and Neuroticism & Openness. From the crosstab of the chi-square output, the profile with the highest protection against



SRB and the one with the highest risk were identified for each of the above combinations in order to estimate the RR. In the case of similar risk profiles, the one in which the adjusted standardized residuals were significant was chosen. It can also be seen in Table 2 that the combination of personality dimensions was more strongly associated with SRB than the uncombined dimensions. Likewise, there was a considerable increase in RR.

BFI Uncombined personality dimensions	Association between BFI dimensions and SRB $\chi^2$	Relative risk (RR)
Extraversion	$\chi^2 (3, N=1017) = 5.59, p > .05$	E (Q1) vs. E (Q>3) N.S.
Agreeableness	$\chi^2 (3, N=1017) = 10.02, p < .05$	A (Q1) vs. A (Q>3). RR= 1.71 (95% CI= 1.15–2.54), $p < 0.01$
Conscientiousness	$\chi^2 (3, N=1017) = 9.16, p < .05$	C (Q1) vs. C (Q>3). RR= 1.69 (95% CI= 1.08–2.63), $p < .05$
Neuroticism	$\chi^2 (3, N=1017) = 31.7, p < .001$	N (Q>3) vs. (Q1) N (RR= 3.02 (95% CI= 1.96- 4.64), $p < 0.001$
Openness	$\chi^2 (3, N=1017) = 2.61, p > .05$	O (Q1) vs. O (Q>3). N.S.
<b>BFI Combined personality dimensions</b>		
Neuroticism & Extraversion	$\chi^2 (3, N=268) = 24.204, p < .001$	N (Q>3) & E (Q1) vs. N (Q1) & E (Q>3). RR= 9.84 (95% CI= 2.42–39.99), $p < 0.001$
Neuroticism & Agreeableness	$\chi^2 (5, N=420) = 34.421, p < .001$	N (Q>3) & A (Q1) vs. N (Q1) & A (Q3). RR= 7.14 (95% CI = 2.63–19.35), $p < 0.001$ N (Q>3) & A (Q1) vs. N (Q1) & A (Q>3). RR= 3.48 (95% CI = 1.76–6.88), $p < 0.001$ .
Neuroticism & Conscientiousness	$\chi^2 (3, N=297) = 10.796, p < .01$	N (Q>3) & C (Q1) vs. N (Q1) & C (Q>3). RR= 2.77 (95% CI= 1.29–5.90), $p < 0.001$
Neuroticism & Openness	$\chi^2 (3, N=287) = 22.492, p < .001$	N (Q>3) & O (Q>3) vs. N (Q1) & O (Q1). RR= 10.27 (95% CI = 2.39–43.87), $p < 0.001$ N (Q>3) & O (Q1) vs. N (Q1) & O (Q1). RR= 9.17 (95% CI = 2.19–38.38), $p < 0.01$

N = Neuroticism, E = Extraversion, A = Agreeableness, C = Conscientiousness, O = Openness, Q1 = first Quartile; Q2 = second Quartile; Q3 = third Quartile; Q>3 the 25% of the sample with the highest scores in the dimensions.

### *3.3 Explanatory power of BFI personality dimensions (uncombined and combined) on SRB*

Table 3 shows the explanatory power of uncombined and combined personality dimensions (IV) on SRB (DV). The combined dimensions introduced corresponded to the highest and lowest risk quartiles of SRB. As can be seen, the combined personality dimensions showed greater explanatory power for SRB than the uncombined dimensions. The combination of Neuroticism with Extraversion, with Agreeableness, and with Openness respectively reached explanatory percentages around 20%. In comparison, the explanatory power of the uncombined dimensions was minimal and barely achieved significance.

Table 3. Binary logistic regression of BFI uncombined and combined personality dimensions (independent variables) on SRB (dependent variable).

BIG FIVE INVENTORY									
	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp (B)	95% CI		R <sup>2</sup> Nagelkerke
							Lower	Upper	
<b>Uncombined personality dimensions</b>									
Extraversion (Q1vs.Q>3)	-.137	.083	2.72	1	.099	0.87	0.74	1.03	.009
Agreeableness (Q1 vs.Q>3)	-.322	.119	7.28	1	.007	0.73	0.57	0.92	.02
Conscientiousness (Q1 vs. Q>3)	-.205	.087	5.60	1	.018	0.81	0.69	0.97	.02
Neuroticism (Q1 vs.Q>3)	0.434	.085	26.21	1	.000	1.54	1.31	1.82	.08
Openness (Q1 vs. Q>3)	0.033	.082	0.16	1	.69	1.03	0.88	1.22	.001
<b>Combined personality dimensions</b>									
N(Q>3) + E(Q1) & N(Q1) + E(Q>3)	2.629	.758	12.03	1	.001	13.86	3.14	61.24	.23
N(Q>3) + A(Q1) & N(Q1) + A(Q3)	2.288	.550	17.31	1	.000	9.86	3.35	28.97	.20
N(Q>3) + C(Q1) & N(Q1) + C(Q>3)	1.231	.455	7.32	1	.007	3.43	1.40	8.36	.08
N(Q>3) +O(Q>3) & N(Q1) + O(Q1)	2.590	.790	10.76	1	.001	13.33	2.83	62.68	.24
N(Q>3) +O(Q1) & N(Q1) + O(Q1)	2.445	.767	10.16	1	.001	11.53	2.56	51.82	.19

Q1 = first Quartile; Q3 = third Quartile; Q>3 = the 25% of the sample with the highest scores in the dimensions. N= Neuroticism, E= Extraversion, A= Agreeableness, C= Conscientiousness, O= Openness. The combinations with the highest RR were included.

## Discussion

The main result of the current study, in line with the hypothesis formulated, is that the combination of personality dimensions assessed by the BFI makes it possible to detect those teenagers with a higher risk of reporting SRB with greater precision than when using the uncombined dimensions. Although in the present study Neuroticism as a personality trait was associated with SRB, as previously reported (Batty et al., 2018), when combined with other dimensions it increased both the detection of the risk of SRB and its explanatory power.

Teenagers with a high level of Neuroticism together with a low level of Extraversion were about 10 times more likely to report SRB than teenagers with a low level of Neuroticism together with a high level of Extraversion. According to our data, 23% of the variance of SRB was explained by this combination. As stated by Mars et al. (2019), it might be that individuals who are less extraverted are more socially disconnected, and this has been shown to predict future suicide attempts in a sample of university students with non-suicidal self-harm. We believe that this disconnection can be exacerbated by high emotional instability. Fang et al. (2012) affirmed that contemplating only the Neuroticism dimension, as most studies do, is inadequate for the prediction of suicide. These authors found that combining Neuroticism and Extraversion increases the risk of suicide since the negative effect of Neuroticism is combined with pessimism, and hopelessness that are characteristic of low Extraversion.

Agreeableness, when not combined, was associated with SRB, as previously reported (Mullins et al., 2013). However, when combined with a high level of Neuroticism it became a more powerful risk factor for SRB and explained a large proportion of its variance (20%). The emotionally unstable teenager who is unkind, gets into fights, insults others, and is uncooperative is seven times more likely to report SRB than their emotionally stable peers with a high, but not

extreme, degree of Agreeableness. Batty et al. (2018) stated that a high level of Agreeableness was associated with protection against suicide. Perhaps teenagers who are kind and at the same time emotionally balanced have a broader or more solid social support network than teenagers with an inverse profile. A curious fact found in the current study is that the profile of low Neuroticism and high but not extreme Agreeableness was more protective than a low level of Neuroticism and extreme level of Agreeableness. Studies with larger samples would be necessary to be able to explain this finding in a solid way.

An interesting result relates to the combination of Neuroticism and Openness. When Neuroticism was combined with Openness, the profile with the lowest risk was the one corresponding to teenagers with high emotional stability and who in turn do not seek new experiences, who are not creative and not particularly interested in art and aesthetics. On the contrary, high emotional instability leads to SRB when combined with either high or low Openness. When the level of Openness is extreme, the need to actively search for varied experiences can lead to SRB as a way to experience new paths, an idea also expressed by other authors (Blüml et al., 2013). On the other hand, when the level of Openness is extremely low, the lack of interest in novelties, art and aesthetics, and the lack of motivation to explore, may reflect a situation more typical of depressive states than of the teenager stage. Perhaps teenagers with this personality profile see SRB as a solution to their problems. This last explanation could be supported from the cognitive perspective (Meiran et al., 2011), from which it can be argued that low Openness might relate to depression. Therefore, teenagers with a high level of emotional maladjustment could arrive at SRB in two ways: through the active search for new experiences, or due to the limitations of their mental world. Our study highlights that the lack of consensus in the scientific literature regarding the

role played by high or low Openness in predicting SRB could be due to the fact that the role played by Neuroticism has not been considered.

Finally, teenagers with low level of Conscientiousness were at higher risk of SRB than teenagers with a high level of Conscientiousness, in line with other studies (Singh & Pathak, 2017). The combination of high Neuroticism and low Conscientiousness increases the risk of SRB almost three times compared with the opposite profile. One of the possible explanations of the relationship between Conscientiousness and SRB was provided by the meta-analysis conducted by Bogg et al. (2004), who highlighted the relationship of Conscientiousness with health-related behaviours. As stated by these authors, people with a low level of Conscientiousness adopt habits of greater risk to health (drinking, smoking, drug abuse), which in our opinion can lead to SRB since the relationship between suicide in young people and alcohol abuse and tobacco dependence has been proven (Wu et al., 2004).

Another interesting idea was suggested a few decades ago by Friedam and colleagues (1995). These authors suggested that conscientious children might be better prepared both psychologically and pragmatically to cope with stressful life events. Their personal relationships and social networks may be more stable and secure. In our opinion, all these circumstances can become protective factors for SRB, since the literature has highlighted the moderating role of social support in the relation between stress and suicidality (Lew et al. 2020). However, it should be noted that Conscientiousness, even combined with Neuroticism, is one of the dimensions with the lowest explanatory power for SRB and a lower RR for SRB. Taking into account personality traits is a useful approach that may prove beneficial for understanding not just momentary risk but more stable risk over the lifetime. The detection of teenagers with a higher risk of SRB by means of

personality characteristics has important clinical implications and allows the implementation of preventive and interventional policies. Preventive policies must be based on an interdisciplinary approach, involving collaboration between multiple sectors of society. Among them, the media has an essential role. There is no doubt about the influence it can have on people's behaviour, especially those who are shaping their vital values, beliefs and attitudes, such as teenagers. Therefore, the media should join forces to mitigate this serious problem. The WHO (2021) has developed a guide to prevent suicide called LIVE LIFE, the main points of which are: limit access to the means of suicide (e.g. pesticides, firearms, certain medications); interact with the media for responsible reporting of suicide; foster socio- emotional life skills in adolescents; and early identification, assessment, management and follow up of anyone who is affected by suicidal behaviours.

Regarding psychological intervention, it is not always easy to change an individual's personality, as in addition to its biological component one of its characteristics is its relative temporal and situational stability. However, what can be changed is the approach to coping with adverse circumstances. Training in the proper use of coping strategies can be a means of equipping the most vulnerable teenagers, from the personality traits point of view, with techniques to cope with events. As an example, a study by Kirchner and colleagues (2020) highlighted that teenagers who had suffered multiple victimizations (poly-victims) and who had nevertheless preserved their psychological adjustment (resilient), used family support and positive reevaluation as coping strategies to a greater extent than teenagers with psychological symptoms (not resilient). Likewise, it would be advisable to strengthen their assertiveness in order to confront social groups that can exert a great coercive force.



## **5. Limitations and strengths**

This study has a series of limitations that should be highlighted. Among them, it is worth mentioning that although the initial sample included a large number of participants, when distributed by extreme quartiles smaller groups were created that precluded analysing the data according to gender. Similarly, this fact limits the generalizability of the results. Likewise, since Neuroticism was the dimension most associated with SRB, this dimension was combined with the rest of dimensions of BFI; but other combinations that could perhaps yield interesting data were not assessed. Along the same lines, it was not possible to combine more than two personality dimensions. Future studies with a larger number of participants could go in this direction.

Another limitation refers to the research design itself. This enabled us to determine which combination of personality traits has greater explanatory power for SBR, but precluded determining how much of each of these combined traits power is explained by their overlap with other traits.

Another issue for discussion relates to the very concept of personality and associated characteristics. Although according to trait theory personality is relatively stable over time and situations, adolescence is an evolutionary period of important changes. Therefore, it is worth considering whether long-term predictions based on personality traits can be made. In our opinion, it is interesting that the perception that the teenager has of himself in a series of facets in a certain temporal cross-section, (“I see myself as someone who is talkative”, “Who is relaxed”, Who worries a lot”), whether it is called personality or not, is associated with SBR. As Costa and McCrae (1993) stated: “the Five Factor Model is the Christmas tree on which findings of stability, heritability, consensual validation and predictive utility are hung like ornaments” (p. 302). Following on from this

statement, we highlight the idea of “predictive utility”, even if it is only short term. And following on from Millon and colleagues (2000) statement (“... an unusually agreeable infant is unlikely to develop an antisocial personality”, p.19), we highlight the concept of being “unlikely” to develop certain behaviours from certain styles of personality.

The use of two items to assess SRB or any other construct can also be justified. There are numerous precedents in the literature both from the methodological point of view (see for example Sauro, 2018 for a review), and from the operational point of view (Kirchner et al., 2011; Soler et al., 2013; Suarez-Soto et al., 2018).

Despite these limitations, the present work has a number of strengths. As far as we know, this is one of the few studies that simultaneously combines several personality traits to predict SBR risk. This type of study is not abundant in the scientific literature on teenagers, so it fills a gap, but also opens an interesting line of research regarding the combination of the Big Five in the prediction of SBR. The main strength of this work is the finding that using a combination of personality traits makes it easier to identify those teenagers with a higher risk of SRB and, therefore, of suicide than when using isolated traits. The detection of teenagers with a higher risk of SRB through personality characteristics has important clinical implications and allows the implementation of preventive and intervention policies.

## **6. Conclusion**

Given that suicide has become one of the leading causes of death among adolescents and young people, the need to detect risk factors is essential. Detecting the most vulnerable personalities can have important clinical implications. The fact that the combined personality traits predict the risk of SRB is an important piece of information and a useful approach that may prove helpful for understanding not just momentary risk but more stable risk over the lifetime.

Given that SRB can be the prelude of suicide (Yook et al; 2021), the identification of this combination of personality dimensions is an important finding for both prevention and psychological intervention.

Prevention should include training courses aimed at parents, educators and teenagers themselves. The important role of social networks in SBR must be taken into account and especially so in moments of great influence such as adolescence. Regarding intervention, although it is not easy to change to personality, precisely because of its stability, it is possible to train the most vulnerable teenagers in stress coping techniques. These techniques would aim to mitigate the impact of life events so that behaviours related to suicide are not seen by teenagers as the solution to their problems.

### **Sources of funding**

This work was funded by the project “Phubbing internet addiction and tutorial in University of Barcelona” **Code: REDICE20-2401.**

## REFERENCES

- Abad, J., Forns, M., & Gómez, J. (2002). Emotional and behavioral problems as measured by the YSR: Gender and age differences in Spanish adolescents. *European Journal of Psychological Assessment, 18* (2), 149. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.102771015-5759.18.2.157>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont. Research Center for Children, Youth, & Families 1617.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Batty, G. D., Gale, C. R., Tanji, F., Gunnell, D., Kivimäki, M., Tsuji, I., & Jokela, M. (2018). Personality traits and risk of suicide mortality: Findings from a multi-cohort study in the general population. *World Psychiatry, 17*(3), 371–372. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1002/wps.20575>
- Benet-Martinez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 729-750. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1037/0022-3514.75.3.729>
- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., & Kersting, A. (2013). Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PLoS ONE, 8*(10). <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1371/journal.pone.0076646>
- Bradley, L., (2016). Suicide prevention. *CMAJ, 188* (16), 1181.
- Brown, S.A. (2009). Personality and non-suicidal deliberate self-harm: Trait differences among a non-clinical population. *Psychiatry Research, 169* (1), 28-32 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.005>
- Bogg, T. & Roberts, B.W. (2004). Conscientiousness and Health-Related Behaviors: A Meta-Analysis of the Leading Behavioral Contributors to Mortality. *Psychological Bulletin, 130* (6), 887-919. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.130.6.887>.
- Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P. J., Coghill, D., Schulze, U. M. E., Dittmann, R. W., Buitelaar, J. K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P., & Arango, C. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 29*(6), 759–776. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1007/s00787-018-01270-9>
- Carver, C. S. & Scheier, M.F. (1997). *Teorías de la personalidad*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.
- Costa, P. T., & McCrae, R.R. (1988). Personality in adulthood: a six year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 43-60.  
[org.sire.ub.edu/10.1037/0022-3514.54.5.853](https://doi.org.sire.ub.edu/10.1037/0022-3514.54.5.853)[https://doi](https://doi.org.sire.ub.edu/10.1037/0022-3514.54.5.853)
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1993). Bullish on personality psychology. *The Psychologist*, 6, 302–303.
- Costa, P. T., Jr., & Piedmont, R. L. (2003). Multivariate assessment: NEO-PI-R profiles of Madeline G. In J. S. Wiggins (Ed.), *Paradigms of personality assessment* (pp. 262– 280). New York: Guilford Press.
- Fang, L., Heisel, M. J., Duberstein, P. R., & Zhang, J. (2012). Combined effects of neuroticism and extraversion: Findings from a matched case control study of suicide in rural China. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 598–602.  
[https://doi- org.sire.ub.edu/10.1097/NMD.0b013e31825bfb53](https://doi-org.sire.ub.edu/10.1097/NMD.0b013e31825bfb53)
- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Martin, L. R., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995). Childhood conscientiousness and longevity: Health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 696–703. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.696>
- IDESCAT (2014-2015). Statistical information of Generalitat of Catalonia. Retrieved from [www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=744&t=2015](http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=744&t=2015) (1 october 2020).
- Im, Y., Oh, WO., & Suk, M. (2017). Risk factors for suicide ideation among adolescents: Five-year national data analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(3), 282–286. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.apnu.2017.01.001>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2018). Death statistics according to cause of death. Retrieved from [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The Big-Five Inventory-Version 4a and 54*. Berkeley, CA: Berkeley Institute of Personality and Social Research, University of California.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. [Self-injurious behavior and suicidal ideation in Compulsory Secondary Education students. Gender differences and relationship with coping strategies]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-235.
- Kirchner, T., Magallón-Neri, E., Forns, M., Muñoz, D., Segura, A., Soler, L. & Planellas, I. (2020). Facing Interpersonal Violence: Identifying the Coping Profile of Poly-Victimimized Resilient Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(9-10) 1934- 1957. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0886260517700617>
- Lew, B., Chistopolskaya, K., Liu, Y., Talib, M. A., Mitina, O., & Zhang, J. (2020). Testing the strain theory of suicide – The moderating role of social support.

- Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(2), 82–88. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/0227-5910/a000604>
- Li, Y., Lei, X., Zhang, D., Liu, L., & Tang, S. (2014). Determinant factors of suicidal ideation among college students: A meta-analysis. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 22(4), 638–640. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/determinant-factors-suicidal-ideation-among/docview/1655764622/se-2?accountid=15293>
- Li, D., Li, X., Wang, Y., & Bao, Z. (2016). Parenting and Chinese Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts: The Mediating Role of Hopelessness. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1397–1407. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0334-0>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327–337. [https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1999). A Five-Factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 139–153). Guilford Press.
- Meiran, N., Diamond, G. M., Toder, D., & Nemets, B. (2011). Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: Examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. *Psychiatry Research*, 185(1–2), 149–156. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.psychres.2010.04.044>.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2000). *Personality Disorders in Modern Life* (2nd. Ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Alayo, I., Vilagut, G., Blasco, M. J., Torrent, A., Ballester, L., Almenara, J., Lagares, C., Roca, M., Sesé, A., Piqueras, J. A., Soto-Sanz, V., Rodríguez-Marín, J., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Cebrià, A. I., Bruffaerts, R., Auerbach, R. P., ... Alonso, J. (2019). Gender commonalities and differences in risk and protective factors of suicidal thoughts and behaviors: A cross-sectional study of Spanish university students. *Depression and Anxiety*, 36(11), 1102–1114. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1002/da.22960>.
- Mullins, S. S. N., Lengel, G. J., & Grant, D. M. (2013). Non-suicidal self-injury: The contribution of general personality functioning. *Personality and Mental Health*, 7(1), 56–68. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1002/pmh.1211>.

- 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), 300–310. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- Rožanov, V. A., & Mid'ko, A. A. (2011). Personality patterns of suicide attempters: Gender differences in Ukraine. *The Spanish Journal of Psychology*, *14*(2), 693–700. [https://doi-org.sire.ub.edu/10.5209/rev\\_SJOP.2011.v14.n2.17](https://doi-org.sire.ub.edu/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.17)
- Sauro, J. (2018). Is a Single Item Enough to Measure a Construct? Retrieved from <https://measuringu.com/single-multi-items/>
- Singh, R. N., & Pathak, N. (2017). Big five factors and suicidal ideation among adolescents. *Indian Journal of Community Psychology*, *13*(1), 13–23. <http://www.ijip.in/10.25215/0901.188>
- Soler, L., Segura, A., Kirchner, T., & Forns, (2013). Polyvictimization and risk for suicidal phenomena in a community sample of Spanish adolescents. *Violence and Victims*, *28*(5), 899-912. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00103>.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.037>
- Szücs, A., Szanto, K., Aubry, J.-M., & Dombrovski, A. Y. (2018). Personality and suicidal behavior in old age: A systematic literature review. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 128. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.3389/fpsy.2018.00128>
- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(4), 282–297. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.cpr.2014.03.005>
- Yook, V., Kim, H., Kim, E. J., Kim, Y., Lee, G., Choi, J. H., Shin, M., & Jeon, H. J. (2021). Psychological autopsy study comparing suicide decedents with and without a history of suicide attempts in a nationwide sample of south korea. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1111/sltb.12750>
- World Health Organization (WHO). (2019). Suicide. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- The WHO (2021) LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- WMA. Declaration of Helsinki (2017). Ethical principles for Medical Research Involving Human Subjects. Retrieved from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wu, P., Hoven, C. W., Liu, X., Cohen, P., Fuller, C. J., & Shaffer, D. (2004). Substance use, suicidal ideation and attempts in children and adolescents. *Suicide & life-threatening behavior*, *34*(4), 408–420. <https://doi.org/10.1521/suli.34.4.408.53733>





---

## *CAPÍTULO IV*

### *DISCUSIÓN GENERAL, LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS, IMPLICACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN*

---

## *4.1 Discusión general*

Cada una de las investigaciones realizadas tiene su propio apartado destinado a comentar los datos hallados y a resaltar las conclusiones específicas a las que se ha llegado. Aquí, se discutirán los principales hallazgos, contrastándolos con los aportados por la literatura científica. Asimismo, se efectuarán reflexiones personales apoyadas tanto en la experiencia clínica como investigadora.

Tomando como eje expositivo el objetivo general de esta tesis, profundizar en el malestar psicológico de los adolescentes y sus diversas manifestaciones, es obvio que pueden ser numerosas las causas de dicho malestar. Una de ellas puede entroncarse con los eventos vitales potencialmente traumáticos (EVPTs) que se han vivido, relación fuertemente establecida en la literatura científica. Un tema importante es que eventos acaecidos en etapas evolutivas anteriores, por ejemplo, en la niñez, pueden aflorar nuevamente en la adolescencia y ser analizados desde un prisma diferente; pueden ser reinterpretados desde otra perspectiva dada la mayor capacidad cognitiva e introspectiva que conlleva el periodo adolescente en relación a etapas evolutivas anteriores. Esto no deja de ser un arma de doble filo, puesto que dicha evolución cognitiva no siempre va pareja a la evolución emocional ni a la correcta reestructuración del bagaje de estrategias de afrontamiento utilizadas en épocas previas.

La bibliografía destaca que la ocurrencia de EVPTs es alta y se observa en la mayoría de culturas y naciones como pone de relieve la revisión sistemática de Haahr- Pedersen et al., (2020). Los datos aportados por el estudio 1 de esta tesis reflejan que el 98,5% de los encuestados reporta al menos un EVPT a lo largo de su vida y el promedio asciende a cuatro. Los eventos de tipo no interpersonal (tener accidentes, deceso de familiares, enfermedades de familiares) son más citados que los de tipo interpersonal (divorcio de los padres, ser golpeado o herido por alguien, ser amenazado, ser apartado de la familia). Estas cifras nos indican que casi todos los adolescentes han experimentado eventos negativos a lo largo de sus vidas. Un tema de interés se centra en averiguar cuál de dichos eventos les ha producido mayor malestar emocional, dado que ello estará indicando sus polos de preocupación y el impacto psicológico que les ha originado. A su vez, dicha información permitirá implementar políticas preventivas y de intervención más personalizadas y contextualizadas.

Dos son los eventos más citados; el primero de ellos alude tener a alguien de

la familia en el hospital herido o enfermo, con un 77,7% de citas. El segundo alude a la muerte de algún familiar, con un 73,0% de citas. Ambos eventos han generado en los adolescentes un grado bastante elevado de preocupación y malestar psicológicos (2,62/3 y 2,61/3 respectivamente).

Enfrentarse con la muerte de seres queridos es uno de los temas más difíciles y dolorosos que debe afrontar el ser humano. Y en el caso de adolescentes puede comportar un malestar intensificado debido a su menor experiencia en este tipo de eventos, así como a su menor capacidad para gestionar emociones intensas en comparación con los adultos. Como afirman algunas autoras (Gallego-Tena e Isidro- de Pedro, 2019) en nuestra sociedad la muerte es un tema tabú, del que se habla poco, pese a ser una «realidad absolutamente irremisible». Si los adultos negamos dicha realidad, y nos bloqueamos ante ella por dolorosa y desestabilizadora, qué no harán los adolescentes. Según las citadas autoras, en el mundo occidental no hay un enfoque preparatorio de la muerte por lo que, a menudo, nos coge desprevenidos. Sus trabajos con adolescentes señalan que los sentimientos que experimentan ante el deceso de seres queridos son «abrumadoramente negativos», entre los que destacan la tristeza, la rabia, la frustración y también el miedo. Gabarró (2016), añade la culpa entre dichos sentimientos, originada principalmente por el hecho de no haber podido hacer una despedida adecuada del finado, y Guzzo y Gobbi (2021) hablan de insomnio, ideación suicida y un menor rendimiento en la escuela y en casa. De aquí que la muerte de familiares cercanos, especialmente la de los padres, pueda comportar en el o la adolescente un amplio rango de respuestas emocionales y conductuales.

¿Qué sucede cuando la muerte o enfermedad muy grave es la de un igual, por ejemplo, un amigo o una amiga? Si bien en el estudio 1 este evento ha sido menos referenciado que el relativo al deceso de familiares, posiblemente debido a su más baja tasa de ocurrencias en la vida real con respecto a los anteriores, su impacto psicológico es muy alto (2,71/3). Este alto nivel de malestar emocional, del que, como veremos más adelante les cuesta recuperarse, puede deberse a diferentes factores entre los que nos parecen destacables los siguientes. Por un lado, perder a un amigo o a una amiga en la adolescencia es perder posiblemente a la persona con la que se está manteniendo una relación emocional más intensa. Ya hemos hecho referencia en la introducción de esta tesis a la importancia que adquiere el grupo de amigos en esta etapa evolutiva, que va desplazando

paulatinamente al estamento de referencia hasta este momento, la familia. Por lo tanto, el adolescente que pierde una amistad pierde una parte importante de su vida afectiva y un elemento de referencia personal que puede poner en riesgo, según puso de relieve Oltjenbruns (1996), la finalización exitosa de diversas tareas psicosociales.

Por otro lado, el hecho de que el difunto, muy posiblemente, sea una persona joven, puede llenar de temor al y a la adolescente que, hasta ahora, probablemente, veía la muerte como algo lejano y natural, propio de personas ancianas y enfermas. Ahora, le toca más de cerca. Asimismo, otro elemento perturbador es lo inesperado de esta muerte, lo imprevisto, por lo que no ha habido preparación previa para afrontarlo. Finalmente, que no exclusivamente, cabe considerar el tipo de muerte, que normalmente, en personas jóvenes, suelen ser muertes muy traumáticas, como accidentes de tráfico e incluso suicidios que, como es sabido, supone uno de los tipos de muerte más frecuentes entre los jóvenes y suelen tener un impacto emocional muy elevado en los amigos y amigas del finado.

Otro dato que ha puesto de relieve el estudio 1 es que haber sido apartado de la familia es un potente estresor que comporta secuelas psicológicas importantes, ya que puede llevar implícito la destrucción de lazos afectivos y el desarrollo de sentimientos de incertidumbre e inseguridad, como afirman autores como Wang et al. (2020). El tipo de diseño del estudio 1 no permite determinar las causas de esta separación, pero, dado que un porcentaje de la población es inmigrada, cabe pensar que la separación de los seres queridos a la que aluden los respondientes podría deberse, en parte, a esta causa. Las secuelas psicológicas del denominado «síndrome de Ulises» (Achotegui, 2002), son bien conocidas, y entre ellas se cuentan no solo las de tipo psicológico (como por ejemplo la ansiedad o la depresión entre las más estudiadas) sino las de tipo socio-cultural como es la aculturación, entendida como un proceso de cambio cultural por contacto o imposición de otra cultura que conlleva transformaciones tanto internas como conductuales (Graves, 1967). Ello puede implicar la pérdida de los rasgos propios de la cultura de origen y la asimilación de la nueva cultura, con riesgo de pérdida de identidad.

La relación entre la vivencia de eventos traumáticos en la adolescencia y desajuste psicológico es un hecho altamente documentado en la bibliografía

científica (Recio-Barbero et al., 2019). En efecto, ha podido constatarse que dichos eventos pueden ocasionar graves secuelas entre los adolescentes, llegando la última y más dramática al suicidio consumado. Justamente el tema del suicidio entre adolescentes y jóvenes ha sido objeto del **estudio 2** de esta tesis doctoral dada la alta incidencia de este fenómeno y la preocupación que entraña.

Efectivamente, es muy elevado el número de adolescentes que refieren haberse hecho daño de forma voluntaria, que piensan en suicidarse y que lo ha intentado en alguna ocasión, conductas que hemos tipificado con el acrónimo CRS: conductas relacionadas con el suicidio, en la línea de autores como Li et al. (2016). En nuestro estudio, el porcentaje de adolescentes que manifestaron haber incurrido en cualquiera de estos tipos de conducta fue del 15,6%, más elevado en las chicas (19,6%) que en los chicos (8,9%). A la vista de estas altas ratios, el propósito fundamental del estudio 2 se centró en hallar variables predictivas del fenómeno. Sin duda, el hecho de que los adolescentes se inflijan daños, piensen en suicidarse o ya lo hayan intentado en alguna ocasión, está revelando un intenso malestar emocional, malestar cuyas causas pueden ser múltiples. Entre ellas, como ya hemos indicado, se cuenta el haber sufrido algún tipo de victimización o haber vivido situaciones de fuerte impacto emocional, como se ha puesto de relieve en el **artículo 1** de esta tesis.

Desde la perspectiva cognitivista es fundamental la valoración que efectúa el individuo del suceso estresante, el *appraisal* del que hablan Lazarus y Folkman (1984), ya que la percepción de falta de recursos para afrontar un *life event* puede incidir en el grado de estrés originado. Son muy numerosas las personas que han padecido eventos estresantes a lo largo de su vida, pero no todas incurren en psicopatología ni en conductas para-suicidas. Este *appraisal* está vinculado a factores antecedentes, entre los que se ha destacado el papel de la personalidad (Moos, 1993). De aquí que el **estudio 2** vaya en esta línea, intentando elaborar modelos predictivos para detectar a poblaciones vulnerables de CRS en base a su perfil de personalidad.

Merece la pena mencionar que la mayoría de estudios sobre factores de riesgo de suicidio se han centrado en lo que podríamos denominar «factores fluidos» como, por ejemplo, estados emocionales alterados (depresión, ansiedad), ciertos hábitos adquiridos (consumo de alcohol, consumo de sustancias adictivas), vivencias experimentadas, contexto social (contexto amplio, familiar,

escolar...). No obstante, no siempre es fácil efectuar predicciones en base a dichos factores, justamente por su variabilidad cros temporal y cros-situacional. De aquí que nuestro interés se haya centrado en la detección de factores de riesgo más estables.

Ubicándonos en el modelo teórico de los *Big Five* (Costa y McCrae, 1988) el objetivo que nos guiaba se centraba en combinar diferentes dimensiones de la personalidad a fin de determinar qué patrón tenía mayor poder predictivo de los comportamientos CRS, así como estimar el riesgo relativo (RR) de CRS de cada uno de ellos. La combinación simultánea de dos rasgos de la personalidad, de los cinco que postula el modelo *Big Five*, ha mostrado ser un modelo predictivo eficiente de cara a detectar tanto a las poblaciones de mayor riesgo de CRS, así como aquellos perfiles de personalidad de mayor protección. Esta combinación de rasgos de personalidad se ha mostrado bastante más eficaz que los modelos simples que solo toman en consideración un único rasgo de la personalidad, diseño éste que predomina en la gran mayoría de estudios consultados. También cabe señalar que la combinación de dos rasgos de la personalidad permite obtener una imagen más cercana a la «realidad», ya que, desde la teoría de los Cinco Grandes, se supone que en todas las personas se combinan en diferente medida estas cinco grandes dimensiones. Remitimos al lector al **estudio 2**.

Mientras la dimensión simple que entraña mayor riesgo de CRS es el Neuroticismo, (con un RR de 3 para los perfiles altos en esta dimensión en relación a los perfiles con bajas puntuaciones), cuando se combina con otras dimensiones su poder explicativo se incrementa substancialmente, así como también el riesgo (RR) de CRS. Especialmente de riesgo es el patrón de personalidad caracterizado por un alto nivel de emocionalidad y labilidad (alto neuroticismo), juntamente con un alto nivel de introversión. La explicación podría radicar en que a la mayor reactividad ante los eventos que caracteriza a las personas con altos niveles de neuroticismo se añade el hecho de no poder contar con apoyo social y su beneficiosa influencia. Como manifiestan Mars et al. (2019), las personas introvertidas pueden quedar más desconectadas a nivel social. Por el contrario, el perfil opuesto, el de adolescentes equilibrados y estables que a su vez son extravertidos, es el de mayor protección.

Un patrón interesante es el que combina neuroticismo con apertura a la experiencia. En efecto, el perfil más protector es el que caracteriza a aquellos

adolescentes emocionalmente estables y que, a su vez, no buscan nuevas experiencias, ni son particularmente creativos ni innovadores, sino más bien rutinarios. En contraposición, se perfilan dos patrones de riesgo: uno de ellos corresponde al de aquellos adolescentes con un alto nivel de emocionalidad y que, a su vez, buscan nuevas experiencias, exploran nuevas vías, son muy imaginativos y muy ingeniosos; el otro perfil corresponde a aquellos chicos y chicas también con un alto nivel de emocionalidad, pero rutinarios, sin excesivos intereses, que no buscan vivir nuevas experiencias.

En un intento de dar explicación a estos hallazgos y por lo que se refiere al primer perfil de riesgo, se podría argumentar que es posible que la necesidad de explorar nuevas vías, de experimentar, de vivir nuevas sensaciones en una persona emocionalmente inestable pueda conducir a CRS, idea sustentada también por autores como Blüml et al. (2013). Por otro lado, por lo que hace referencia al segundo perfil de riesgo, si bien en una personalidad equilibrada y tranquila el hecho de no ser especialmente creativo, ni estar excesivamente interesado por experimentar nuevas sensaciones pueda estar definiendo a un adolescente conformista, tranquilo, amante de lo rutinario y de lo conocido, en una personalidad emocionalmente lábil e inestable esta carencia de intereses puede ser un síntoma de depresión. Por lo tanto, estos adolescentes pueden ver en las conductas relacionadas con el suicidio una solución a sus problemas. En efecto, algunos autores han relacionado el bajo nivel de Apertura a la experiencia con estados depresivos (Meiran et al., 2011). Este tema reviste interés no solo por la identificación de los perfiles de mayor riesgo y de mayor protección frente a CRS, sino por la constatación de que los adolescentes emocionalmente lábiles pueden incurrir en CRS por dos vías distintas: por la búsqueda de nuevas experiencias o por la limitación de ellas. Estos resultados tienen claras implicaciones tanto de cara a la prevención como a la intervención psicológica, en las que se hará hincapié más adelante.

Aunque en este estudio se ha constatado que la personalidad y su combinación de dimensiones o rasgos pueden predecir CRS, a este respecto, no obstante, cabe cierto debate. Si bien desde los modelos del rasgo se supone que la personalidad es relativamente estable a lo largo del tiempo y de las situaciones, la adolescencia es un periodo evolutivo de importantes cambios. Por ello, cabe plantearse si pueden hacerse predicciones a largo plazo acerca de la ocurrencia de



algún fenómeno, en este caso concreto de CRS, basándonos en unas características que aún no se han consolidado. Como afirman Hill y Edmonds (2017), la adolescencia se caracteriza por ser el período evolutivo en el que se dan los niveles más bajos de estabilidad de los rasgos de la personalidad, en comparación con otros periodos del ciclo vital. Aunque esta afirmación sea cierta, otros autores han hallado cierta estabilidad a lo largo de la vida. Los estudios longitudinales de Caspi y Silva (1995) indican que ciertos elementos del temperamento (nivel de actividad, irritabilidad, sociabilidad, inhibición de conducta) presentan una moderada estabilidad a lo largo de la infancia hasta los primeros años de la adultez. Asimismo, Costa y McCrae (1993) afirman que el modelo de los *Big Five* es como un árbol de Navidad del que penden como ornamentos, los hallazgos de estabilidad, validación consensual y utilidad predictiva. Por su parte, uno de los autores más influyentes en el campo de la teoría de la personalidad y sus trastornos, Millon, efectúa la siguiente afirmación: «...un niño cuyo tempo personal es más lento que el del promedio de niños es improbable que desarrolle un estilo histriónico, y un niño inusualmente agradable es improbable que desarrolle una personalidad antisocial» (Millon et al., 2000; p. 19). Esta cierta estabilidad conductual a lo largo del tiempo queda implícita en esta aseveración.

Este debate sobre la estabilidad de la conducta ha generado fuertes polémicas a lo largo de la historia, especialmente a la hora de buscar las causas de dicha estabilidad. Podría decirse que uno de los polos del debate se ha centrado en la dicotomía entre elementos internos (rasgos) vs. elementos externos (circunstancias ambientales). A este respecto, baste recordar las diatribas entre Eysenck y Mischel, representantes paradigmáticos de la dicotomía *nature/nurture*. El tema es importante porque puede afectar al hecho de si se pueden hacer predicciones a largo plazo; es decir, entraña el concepto de predictibilidad comportamental. Desde el punto de vista de la autora de esta tesis, lo que es interesante destacar es que, en un determinado corte temporal, la percepción que un adolescente tiene de sí mismo en una serie de facetas como las que exploran los test psicológicos ubicados en la teoría de los *Big Five* («me veo a mi mismo/a como alguien que habla mucho», «que se preocupa mucho», «que es minucioso/a en su trabajo»), se le llame a ello personalidad o no, se asocia a CRS. Así, de las afirmaciones de Millon et al. (2000) a las que antes se ha aludido, quisiéramos destacar la idea de «improbabilidad» de desarrollar ciertas conductas a partir de

ciertos estilos de personalidad evidenciados ya en la infancia. Y de la aseveración de Costa y McCrae (1993) destacamos la idea de «utilidad predictiva». Si esta capacidad predictiva alcanza largos plazos o no, es otro tema a investigar.

¿Cuál es la buena noticia? ¡Ah!, ¿Pero hay buenas noticias?, podría preguntarse el lector a la vista de la información anterior. Por suerte sí. La buena noticia es que, pese a que un alto porcentaje de adolescentes manifiesta haber experimentado eventos potencialmente traumáticos de distinta índole a lo largo de su vida, (recordemos que según nuestro estudio el 98,5% refiriere haber experimentado al menos uno), más de la mitad de los y de las adolescentes se recuperan psicológicamente con el tiempo. Concretamente, en el **estudio 1** que conforma esta tesis doctoral se evaluaron 16 diferentes tipos de situaciones potencialmente traumáticas (EPT); los porcentajes de adolescentes que manifestaron haberse recuperado psicológicamente fluctuaba entre el 53% (haber padecido fenómenos meteorológicos como inundaciones, tornados, desprendimientos) y el 74,4% (haber sido atracado o robado en casa). Solo en dos tipos de eventos los porcentajes de participantes que manifestaron haberse recuperado psicológicamente no alcanzaron el 50%; dichos eventos estaban referidos a la muerte de un familiar (48,1%) y a haber sido apartado de la familia (21,7%). Ya hemos comentado el impacto que puede suponer la muerte de un ser querido para los adolescentes, así como el haber sido apartado de la familia por causas diversas. Con todo, un estudio de Gallego-Tena e Isidro de Pedro (2019) señala que un 87,72% de adolescentes entre los 12 y los 17 años afirman haber superado con éxito las diferentes etapas del duelo por la muerte de un ser querido.

En esta trayectoria positiva que se advierte en la mayoría de adolescentes hacia su recuperación psicológica, no podemos olvidarnos de aquellos chicos y chicas que con el paso del tiempo no solo no se recuperan psicológicamente del impacto del estresor, sino que incluso manifiestan un incremento de su malestar. Uno de los sucesos de los que les cuesta más recuperarse es el relativo a la muerte o enfermedad grave de un amigo o amiga. En efecto, un 37,1% de los participantes manifiesta en la actualidad el mismo nivel de malestar que cuando ocurrió el suceso, y un 3,3% manifiesta que éste se ha incrementado.

El porcentaje más elevado de incremento del malestar con el tiempo (16%), corresponde a haber sido víctima de abusos sexuales. Ciertamente, es muy elevado el porcentaje de adolescentes, tanto chicas como chicos, que refieren

haber sido víctimas de abusos o agresiones sexuales; asimismo, son numerosos los trabajos científicos que dan fe de las secuelas emocionales que conlleva este estresor, secuelas que suelen prolongarse a lo largo del tiempo (Hailes et al., 2019; Negriff et al., 2020; Villalta et al., 2020). No obstante, es esperanzador observar dos hechos. El primero alude a que un 52% de estos adolescentes que manifiestan haber padecido violencia sexual perciben que su malestar ha disminuido con el tiempo. El segundo es que, si bien en aquellos adolescentes que perciben un incremento de su malestar emocional a lo largo del tiempo se observan montos más elevados de ansiedad, de problemas afectivos, problemas de conducta oposicionista-desafiante y más síntomas propios del estrés post-traumático, en relación a aquellos adolescentes que muestran otro tipo de reacción ante el mismo evento, dichos montos no llegan a alcanzar niveles clínicos ni subclínicos en test que evalúan sintomatología psicológica. Este resultado es extensible a todos los tipos de *life events* analizados, ya que la población que manifiesta no haberse recuperado del evento traumático padecido no alcanza niveles sintomatológicos, ni clínicos ni subclínicos.

Esta capacidad de recuperación psicológica que se advierte en la mayoría de los adolescentes evaluados frente a diferentes tipos de eventos vivenciados, habla en favor de la plasticidad adaptativa de nuestros jóvenes, de su resiliencia, esta capacidad para adaptarse constructivamente a la adversidad (Olson et al., 2003). En este sentido, y en la línea argumental propuesta por Fayyad y colaboradores (2017) se podrían considerar especialmente resilientes aquellos y aquellas adolescentes cuyo malestar psicológico ha disminuido con el tiempo.

Identificar los factores que contribuyen a dicha recuperación es un tema de suma importancia al que pensamos dedicar futuros estudios. Frecuentemente, entre estos factores mitigadores del impacto del estresor sobre el ajuste psicológico se destaca el uso adecuado o inadecuado de las estrategias de afrontamiento utilizadas. Si bien numerosa bibliografía indica que el uso de estrategias de evitación (como por ejemplo la ventilación de emociones, la búsqueda de diversiones, evitar pensar en el problema, etc.) se relaciona con un nivel más elevado de sintomatología psicológica, en el caso concreto del estudio 1, el papel de dichas estrategias ha denotado ser poco relevante; es posible que en este hecho haya influido la fragmentación de la muestra inicial, ya que generó grupos pequeños que favorecían el error de tipo II. La única estrategia de

afrontamiento que ha denotado cierta intervención en los diferentes tipos de trayectorias de recuperación psicológica tras la vivencia de un EVPT, es la de búsqueda de amistad (hablar con los amigos/as, desahogarse con los amigos/as). Dicha estrategia es utilizada en menor medida por el grupo menos afectado psicológicamente por la vivencia de EVPTs. Algunos estudios han hallado una cierta relación entre búsqueda de amistad y problemas psicológicos en la adolescencia (Forns et al., 2013). Este resultado puede parecer paradójico ya que suele considerarse la amistad como un factor de protección. Esta constatación podría estar indicando dos hechos: que los adolescentes incrementan su uso cuando tienen problemas, dato que queda reflejado en los estudios correlacionales, y/o que se trata de una estrategia de tipo evitativo ya que no transacciona directamente con el estresor, sino que tiene como función principal la regulación emocional. En un sentido similar se expresan Murray- Harvey y Slee (2007) para quienes la búsqueda del soporte de las amistades pudiera considerarse una estrategia de descarga emocional más que de resolución de problemas, lo cual explicaría su relación con desajuste psicológico.

## *4.2 Limitaciones de los estudios*

Ambos estudios cuentan con una serie de limitaciones comunes que cabe poner en relieve. Una de ellas es el tipo de muestra utilizada, siendo esta de conveniencia. Aunque este hecho dificultaría la generalización de los resultados, debemos recordar al lector que según los datos del “Institut d’Estadística de Catalunya” [IDESCAT (2014-2015)], ambas muestras son representativas de la población local y grupo de edad. Por otro lado, el tipo de instrumentos utilizados han sido autoinformes, con sus consecuentes limitaciones: simulación, deseabilidad social, asentimiento y errores escalares tanto de severidad como de tendencia central (Fernández-Ballesteros, 1992). A pesar de ello, ¿quién mejor que los propios adolescentes pueden explicar lo que han vivido, cómo lo han vivido y cómo se definen? Por último, el tamaño de la muestra, aunque inicialmente grande, especialmente en el segundo artículo al dividirse en subgrupos para realizar los análisis estadísticos, ha habido cálculos que no se han podido realizar y que hubieran complementado la presente tesis, como se detalla más adelante.

Centrándonos en los dos estudios, también hallamos limitaciones específicas que a continuación detallaremos.

**Estudio 1:** por un lado, el instrumento LITE-S mejoraría substancialmente si se ampliara su actual escala Likert de tres puntos a más opciones de respuesta, logrando con ello perfilar con más detalle las respuestas de los adolescentes. Por otro lado, el análisis de los eventos vitales potencialmente estresantes se ha realizado uno a uno, es decir, independientemente unos de otros, hecho que dificulta determinar el grado de malestar generado por el estresor, así como su efecto acumulativo.

**Estudio 2:** la subdivisión de la muestra ha impedido la realización de ciertos estadísticos, como el análisis de las diferencias de género en algunos de los cálculos efectuados, así como la combinación de más de dos rasgos de personalidad. Lo idóneo hubiese sido efectuar combinaciones simultáneas con los Cinco Grandes al mismo tiempo. Pero ello requiere un incremento considerable de la muestra. Así mismo, el propio diseño de investigación no ha permitido determinar qué parte del poder predictivo de cada uno de los rasgos de personalidad combinados se explica por su superposición con otros rasgos.

A pesar de dichas limitaciones los dos estudios poseen unas fortalezas que cabe poner en relieve. Ambos son innovadores y llenan un vacío en el campo de la adolescencia, tanto por analizar la percepción que tienen los adolescentes de su propio malestar psicológico y su evolución en el tiempo como por detectar la combinación de rasgos de personalidad con mayor riesgo de comportamiento suicida. Por tanto, ambos trabajos permiten detectar aquellos adolescentes que pueden ser considerados población de riesgo e implementar políticas de prevención e intervención temprana enfocadas en estrategias de prevención tanto para evitar la retraumatización en el tratamiento, como para promover la resiliencia y prevenir el desarrollo de trastornos relacionados con el trauma (SAMSHA, 2014) y la implementación de estrategias de prevención en aquellos adolescentes con patrones de personalidad más relacionados con los comportamientos suicidas, posibles predecesores del suicidio consumado.

Para una información más completa remitimos al lector a los trabajos referenciados.

### 4.3 Implicaciones de los estudios de la tesis

Los resultados obtenidos en los trabajos efectuados tienen **implicaciones** en el campo aplicado tanto de cara a la **prevención** como a la **intervención psicológica**.

*El estudio 1* se ha centrado en analizar el impacto emocional que manifiestan los adolescentes ante una variedad amplia de EVPT. Cabe decir que la mayoría de dichos eventos (accidentes, atracos, catástrofes naturales, divorcios, muertes, etc.) ocurren de forma inesperada, sorpresiva, por lo que no ha habido preparación previa para afrontarlos. Por esta razón, no suele haber políticas preventivas de cómo paliar los efectos potencialmente traumáticos de hechos que aún no han ocurrido. De aquí que la mayoría de políticas adoptadas sean intervencionistas una vez ha ocurrido el suceso. Una excepción puede ser el caso de seres queridos con enfermedades graves de larga duración que presagian un desenlace fatal.

Por ello, nos centraremos básicamente en las implicaciones del estudio de cara a la **intervención psicológica**.

Dada la disparidad de EVPTs que puede haber vivido un adolescente se hace complejo dar una pauta de intervención general. Cada evento vivido tiene su propia peculiaridad y muy posiblemente despierte inquietudes específicas; por lo tanto, el abordaje deberá ser individualizado. No se actuará igual si el adolescente ha vivido una catástrofe natural, o si sus padres se han divorciado, o si ha sido víctima de *bullying*, por poner algunos ejemplos. Precisamente, una de las originalidades del estudio realizado ha sido la constatación de que diferentes eventos conllevan diferentes montos de malestar emocional y diferentes tempos de recuperación psicológica.

En el estudio 1 se ha podido constatar que la muerte de un familiar, así como la enfermedad grave o muerte de un amigo/a íntimo, es uno de los eventos relacionados con un mayor malestar emocional y del que les cuesta más recuperarse psicológicamente a los adolescentes. Como ya se ha comentado anteriormente, la muerte es un tema tabú del que suele hablarse poco, puesto que la sociedad occidental vive de espaldas a ella (Gallego-Tena e Isidro-de Pedro, 2019). Por ello, la sociedad en general está poco preparada para afrontar

pérdidas valiosas, y los adolescentes en particular aún menos. Ello viene agravado por el hecho de que, si esta muerte es la de un igual, por lo tanto, una persona joven, es posible que haya acaecido de forma súbita, y previsiblemente traumática. Por este motivo, no hay preparación para afrontar el evento.

La mayoría de las técnicas de intervención en el caso de adolescentes que han sufrido pérdidas se focalizan en que lleven a cabo un proceso de duelo «sano». Para conseguirlo, especialmente cuando se ha perdido al mejor amigo o amiga, Smith (1996) propone una serie de acciones, entre las que destacamos: abrazar el recuerdo de un amigo, no tener miedo de formar nuevas amistades en el futuro, conmemorar al amigo perdido, escribir una poesía, elaborar un álbum de recuerdos o incluso plantar un árbol. En definitiva, emprender acciones que recuerden al ser querido y permitan rescatar los buenos momentos vividos juntos.

Dada la eclosión de las redes sociales, hoy en día proliferan los foros de apoyo a las personas que han sufrido una pérdida. En ellos se dan consejos, los afectados pueden explicar sus sentimientos y pueden interactuar a fin de lograr un duelo adecuado, desmintiendo falsos mitos.

Destacamos las pautas propuestas en algunos de dichos foros extraídos de diferentes enlaces:

<https://kidshealth.org/es/teens/coping-grief.html>

- Participar de los rituales destinados a honrar al finado.
- Expresar y liberar las emociones.
- Hablar sobre el tema cuando pueda o quiera. O de la forma que prefiera: por ejemplo, escribir un diario una canción etc.
- Preservar los recuerdos mediante un memorial, como plantar un árbol en honor del difunto. O hacer un álbum de fotos escribiendo todo aquello que le quería decir en vida, pero que quedó en el tintero.
- Unirse a un grupo de apoyo para compartir el dolor.

En el siguiente enlace podemos encontrar estos consejos, similares en muchos aspectos a los anteriores: <https://www.porsiempre.es/como-superar-la-muerte-de-un-amigo/>

- Despedirse del finado. Ir al funeral.
- Hablar de los sentimientos con otros amigos. Ayudarse mutuamente. Llorar para desahogarse.



- No quedarse encerrado en casa. Salir y seguir con las actividades cotidianas.
- Pensar en el difunto con alegría. No olvidarlo. Pensar en todos los buenos momentos compartidos juntos. Se tiende erróneamente a confundir la superación del duelo con el olvido del difunto.
- Aprender a quererlo como nunca antes.

Vemos que en todas las recomendaciones se resalta la necesidad de compartir los sentimientos con otros grupos, con otros amigos. A este respecto, es oportuno reseñar un estudio realizado por Liu et al. (2019) que pone de relieve que las personas menos activas socialmente tardan más en recuperarse psicológicamente de una pérdida. Como dice un dicho popular, «dolor compartido, dolor dividido».

A estas propuestas anteriores nos gustaría añadir una de las efectuadas por Fernández-Liria y Rodríguez Vega (2002): capacitar al superviviente para desenvolverse en el mundo sin la persona perdida. Esto nos parece importante en el caso de los adolescentes, ya que, si la muerte es la de un amigo/a que, como ya hemos aludido, representaba en aquellos momentos un referente emocional y social, deberá aprender a buscar otras fuentes de gratificación. Si se trata de un familiar de primer grado, además de la consiguiente pérdida emocional, puede verse fuertemente alterada la dinámica familiar (comidas, compras, limpieza del hogar, organización de actividades), por lo que los supervivientes deberán aprender a actuar de forma más autónoma y responsable.

Finalmente, por lo que atañe a las implicaciones derivadas de los resultados obtenidos en el estudio 1, cabe recordar que el EVPT con mayor porcentaje de participantes que consideran que con el tiempo se ha incrementado su malestar psicológico es el relativo a haber sido víctima de abusos sexuales. Como ya se ha comentado es muy elevado el porcentaje de chicas y chicos que han padecido abusos sexuales. La victimización sexual es un fenómeno que va en incremento y al que debería ponerse solución. La solución, no obstante, no es fácil, ya no solo por la universalidad del fenómeno, sino por la cantidad de factores que están incidiendo en él. Por ello, es evidente que el afrontamiento del problema requiere aunar esfuerzos y un abordaje multidisciplinar. Sólo colectivamente podrá mitigarse o paliarse lo que bien pudiera definirse como una lacra de la sociedad. Estos esfuerzos conjuntos deberían implicar a varios sectores de la sociedad. A nuestro entender, los principales artífices de un cambio de tendencia deberían ser, entre otros: políticos, jueces, educadores, psicólogos y, por supuesto,

padres, madres y tutores legales.

Por lo que concierne a los políticos, debieran impulsar leyes que penalicen con mayor contundencia todo acto que suponga una grave vulneración de la libertad sexual del menor. La ley del «*sólo sí es sí*», va en esta línea. Pero aún queda mucho trecho por recorrer. Los jueces y magistrados, por su parte, deberían intentar ser lo más objetivos posible en la aplicación de las leyes y no dejarse llevar por sus opiniones, creencias o tendencias personales. Por desgracia, en algunas ocasiones, la sociedad ha escuchado incrédula, cuando no francamente atónita, algunas sentencias judiciales que más parecen castigar a la víctima que al victimario. Este tipo de sentencias, a nuestro entender, pueden tener consecuencias negativas en la víctima, en el agresor y en la sociedad. En la víctima, aparte del sentimiento de injusticia que le puede generar, pueden exacerbarse los sentimientos de culpa que, ya de por sí, suelen asociarse al hecho de haber padecido una agresión sexual. Y aún más si la víctima es adolescente, un período de dudas y vacilaciones. El popular lema «*yo sí te creo*» es el reflejo de esto que estamos comentando. Por otro lado, estas sentencias aparentemente poco justas, refuerzan en el victimario la sensación de impunidad para volver a perpetrar otros delitos. Incluso su acto, al quedar legitimado a nivel externo, puede quedar legitimado a nivel interno («ha sido un acto consentido», «ella lo quería»). Finalmente, que no exclusivamente, a la sociedad le generan sentimientos confusos y ambivalentes. Los jueces deberían ser conscientes de la trascendencia de sus sentencias en este tipo de temáticas ya que pueden tener un fuerte impacto en los valores de la sociedad.

Los educadores tienen aquí un papel fundamental. Solo una buena educación socio-sexual, iniciada ya en la infancia, puede poner freno a esta tendencia. Hay que abogar por un sistema de enseñanza igualitario en el que se desvanezcan los sesgos relacionados con el género de los alumnos; abogar por una educación en comportamientos sexuales que defina claramente los límites de la libertad sexual y su vulneración, y la confección de unos protocolos claros a seguir por parte de los educadores en caso de sospecha de victimización sexual. La constatación de que los chicos, en mayor medida que las chicas, son víctimas de conductas de vulneración de la libertad sexual por parte de sus iguales (Gewirtz-Meydan y Finkelhor, 2020) debe tenerse en cuenta y enfocar su solución tanto desde el punto de vista de la víctima como del victimario/a.

Para algunos investigadores, estas diferencias de género en cuanto al reporte de victimizaciones sexuales podrían estar mediatizadas por estereotipos sexuales, por roles de género. A este respecto hay estudios que aportan ideas interesantes. Por ejemplo, para autores como Coxell et al. (1999), es posible que los adolescentes varones no se vean a sí mismos como víctimas de abusos por parte de adultos, especialmente si estos abusos o agresiones provienen de mujeres. Incluso lo pueden interpretar como un signo de «masculinidad». Para otros autores, en el hecho de que los chicos no refieran estos episodios, o los refieran en menor medida que las chicas, puede haber un cierto componente de temor a ser etiquetado de homosexual (si el agresor ha sido un hombre) o de débil (si ha sido una mujer); o incluso puede existir cierto temor a ser acusado de haber provocado el abuso si la agresora es una mujer (Romano y De Luca, 2001). Es evidente la labor educativa que debería implementarse a fin de minimizar estos estereotipos y falsas creencias.

Por su parte, las psicólogas y los psicólogos tienen un papel fundamental, no sólo en el campo de la intervención, sino especialmente en el campo de la prevención, donde su rol podría ir desde el diseño de investigaciones que permitieran identificar a aquellos adolescentes más vulnerables a padecer victimizaciones, hasta la impartición de cursos de educación psico-sexual. Asimismo, podrán hacer aportaciones importantes asesorando a las autoridades competentes sobre cómo hacer llegar a los adolescentes mensajes sobre los peligros del acoso *online*. El papel que desempeñan los mass-media no debe obviarse, y más teniendo en cuenta su auge exponencial durante estos últimos años. Más adelante incidiremos en este tema.

Finalmente, padres y tutores legales deberían educar tanto a niños como a niñas en la igualdad y estar alerta a cambios importantes en su comportamiento. Pero el tema no es fácil. En el ámbito familiar (incluso en el ámbito institucional) uno de los problemas a destacar es que un porcentaje elevado de los adolescentes que han sufrido agresiones sexuales, las han padecido por parte de adultos conocidos, muchos de ellos pertenecientes al propio ámbito familiar o institucional. Aquí la educación durante la infancia puede ser esencial de cara a que estos niños actuales, futuros padres, madres y/o educadores, se eduquen en el respeto a la libertad sexual y personal de sus futuros hijas, hijos, o pupilos. Las noticias, cada vez más numerosas y alarmantes, que aparecen en los medios de

comunicación sobre el tema de la vulneración de la libertad sexual de menores perpetrada desde instituciones, da idea de la amplitud y gravedad de este fenómeno.

Por lo que se refiere al **estudio 2**, el hecho de que el suicidio sea una de las principales causas de muerte entre nuestros jóvenes debiera alertar y sensibilizar a la sociedad y urgir la implementación de políticas preventivas y de intervención psicológica que deben involucrar también a amplios sectores de la sociedad.

Por lo que se refiere a las políticas *preventivas*, educadores, padres, tutores y profesionales de la salud debieran estar alerta a signos de CRS, ya que no solo revelan malestar emocional en él o la adolescente, sino que pueden constituir un signo de alarma de consecuencias peores. Igualmente, se requeriría un control más firme de las redes sociales a fin de que no se den conductas miméticas propiciadas por juegos de rol macabros como, por ejemplo, el de la Ballena azul. Ya hemos comentado que una de las características de la etapa adolescente es la desvinculación de los patrones parentales vigentes hasta el momento y la involucración emocional con grupos de iguales que empiezan a tomar gran relevancia en sus vidas. Estos grupos pueden ejercer una gran fuerza coercitiva. Tal vez se deberían destinar recursos públicos para detectar páginas web y apps que inducen a este tipo de conductas. En estos momentos, especialmente en Catalunya, hay una gran sensibilización por este tema y se han impulsado, desde diversas entidades, cursos destinados a padres y educadores, con la finalidad de que conozcan la realidad del problema y aprendan estrategias para mitigarla.

Y sin duda, tienen una función esencial los medios de comunicación. Es indudable la influencia que pueden tener dichos medios en la conducta de las personas, especialmente de aquellas que están conformando sus valores vitales, sus creencias y actitudes como es el caso de los adolescentes. Por ello, los medios de comunicación debieran aunar esfuerzos a fin de que este grave problema remita. Y aquí nos encontramos con un escollo. El tema de si debe hablarse o no hablarse públicamente del suicidio ha despertado y sigue despertando fuertes polémicas en la sociedad. El denominado efecto Werther, o «suicidio por imitación», ha influido en el hecho de que este tema tan importante haya sido silenciado. Un hecho constatado es que, a partir de la famosa obra de Goethe, *Die Leiden des jungen Werthers*, donde el joven protagonista se suicida por un amor no correspondido, hubo un incremento significativo de suicidios, por lo que la obra

fue prohibida. Este suicidio por imitación se incrementa ante noticias sensacionalistas en los mass media. Por ello, está regulada la forma expositiva de estos sucesos en los que no pueden constar: detalles morbosos, ni dar una visión romántica del hecho lesivo, ni glorificar al difunto, especialmente si es una figura pública, ni incluir imágenes crudas del suceso, ni dejar entrever que el suicidio es la solución a los problemas.

Diferentes países han adoptado códigos nacionales de periodismo sobre el tema de la divulgación de los casos de suicidio que van desde no mencionar la noticia en absoluto, (este es el caso de Noruega) a restricciones más moderadas. En Australia, por ejemplo, se entrena a los futuros periodistas en cómo dar noticias sobre suicidio. Pero según la OMS «hasta hoy, solo unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre las prioridades de sus políticas de la esfera de la salud y solo 38 han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención específica» (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>).

Según la opinión de la autora de esta tesis, no puede ocultarse un problema que está aquí y que forma parte de nuestra realidad cotidiana muy probablemente desde los albores de la humanidad. Grandes pensadores, como Aristóteles, Platón, Pitágoras, referentes indudables de nuestra historia, ya debatían sobre esta cuestión muchos siglos atrás ([https://es.wikipedia.org/wiki/Historia\\_del\\_suicidio](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_del_suicidio)). Por ello, más que cerrar los ojos, lo que debe hacerse es adoptar medidas. Por un lado, tratar el tema de forma objetiva, documentada y ausente de sensacionalismos. Por otro lado, adoptar políticas preventivas. En este sentido la OMS (2021) ha elaborado una guía para prevenir el suicidio denominada LIVE LIFE («Vive la vida»). En ella se recogen las siguientes recomendaciones:

- *restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse (por ejemplo, los plaguicidas, las armas de fuego y ciertos medicamentos);*
- *educar a los medios de comunicación para que informen con responsabilidad sobre el suicidio;*
- *desarrollar en los adolescentes aptitudes socioemocionales para la vida;*
- *detectar a tiempo, evaluar y tratar a las personas que muestren conductas suicidas y hacerles un seguimiento.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Y añade: «Estas medidas se deben acompañar de intervenciones básicas

como un análisis de la situación, la colaboración multisectorial, la sensibilización, la creación de capacidad, la financiación, la vigilancia, y el seguimiento y la evaluación... Es importante aumentar la sensibilidad de la sociedad y superar los tabús para que los países avancen en la prevención del suicidio». <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

También nos parece importante ofrecer a los jóvenes, alternativas no suicidas. El llamado efecto «papageno» (antepuesto al efecto Weber), consistente en presentar por parte de los grandes medios de comunicación alternativas no suicidas ante los sucesos altamente estresantes y crisis vitales, podría ir en esta línea. Asimismo, es importante contrarrestar la influencia de juegos macabros que proliferan en las redes sociales, como por ejemplo «la ballena azul», con otros juegos antagónicos, como por ejemplo «la ballena rosa». <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

No. Ciertamente, ocultar un problema no es la mejor forma de solucionarlo.

Por lo que se refiere a las políticas de *intervención* normalmente suelen implementarse cuando el o la adolescente ya ha realizado alguna conducta de riesgo, como pueden ser las autolesiones, los intentos de suicidio o han manifestado reiteradamente su deseo de morir. El impacto que esto puede tener en sus familiares más cercanos, en los amigos y escuela es obvio; especialmente los padres pueden acusar un duro golpe y sentirse desconcertados y culpables. Por ello abogamos por una intervención multisistémica que englobe a miembros de su entorno inmediato, especialmente familia y escuela.

Los resultados del estudio 2 permiten implementar políticas de intervención centradas en aquellas personalidades más vulnerables. Dado que una de las características de la personalidad es su relativa estabilidad temporal y situacional, la intervención psicológica deberá basarse en cambiar la forma de afrontar la realidad y los problemas que nos acaecen. El entrenamiento en el uso adecuado de estrategias de afrontamiento puede ser un medio de dotar a aquellos adolescentes más vulnerables a involucrarse en conductas de riesgo de suicidio debido a su personalidad, de técnicas para afrontar los eventos que depara el medio. Por poner un ejemplo, en un estudio anterior (Kirchner et al., 2020) se puso de relieve que los adolescentes que habían sufrido múltiples victimizaciones (poli-víctimas) y que no obstante habían logrado preservar su ajuste psicológico (resilientes),

usaban en mayor medida el soporte familiar y la reevaluación positiva como estrategias de afrontamiento que los adolescentes con sintomatología psicológica (no resilientes).

La noticia esperanzadora es que la mayoría de adolescentes se recupera emocionalmente de las vivencias potencialmente traumáticas vividas y recobra la homeostasis psicológica; este hecho habla en favor de su capacidad de resiliencia, de su capacidad adaptativa, capacidades que les permitirán afrontar con mayor madurez la siguiente etapa vital.

Y no olvidemos las palabras de Louise J. Kaplan:

*La adolescencia representa una conmoción emocional interna, una lucha entre el deseo humano eterno a aferrarse al pasado y el igualmente poderoso deseo de seguir adelante con el futuro.*

#### 4.4. *Propuestas de futuras investigaciones*

Con respecto al **estudio 1**, uno de los interrogantes que nos surgió aludía a por qué unos adolescentes se recuperan de las vivencias traumáticas que les han acaecido, mientras que otros no sólo no se recuperan, sino que con el tiempo incrementan su malestar. Por ello, un tema a desarrollar en futuras investigaciones se centraría en la identificación de variables que pueden estar asociadas al fenómeno, mediando o moderando la relación, así como determinar su valor de **riesgo** o de **protección**. Entre dichas variables podría contemplarse la personalidad, el apoyo social percibido y la autoestima, ésta última en su doble faceta de auto-competencia (*self-competence*) y de aprecio hacia uno mismo (*self-liking*).

Asimismo, sería interesante replicar los resultados obtenidos con muestras de mayor tamaño ya que ello permitiría entre otros objetivos: a) determinar el papel que juegan las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes con diferentes trayectorias en su recuperación psicológica tras la vivencia de un estresor, en un mayor número de eventos potencialmente traumáticos. Y b) observar si las estrategias utilizadas por una determinada persona varían en función del estresor o hay un patrón más o menos estable en su uso de estrategias, independientemente del tipo de estresor vivenciado. Es decir, establecer la especificidad versus generalidad del afrontamiento.

Con respecto al **estudio 2**, una tarea que se quedó en el tintero alude a la posibilidad de poder trabajar con los cinco *Big Five* simultáneamente. Ello permitiría, hipotéticamente, establecer patrones de personalidad con mayor poder predictivo de conductas de riesgo suicida. Para ello, debería incrementarse considerablemente el tamaño muestral.





---

*CAPÍTULO V.*  
*CONCLUSIONES*

---

## 5.1 CONCLUSIONES

La adolescencia es un período complejo del desarrollo humano en el que confluyen numerosos cambios multinivel. La simultaneidad y rapidez con la que operan dichos cambios pueden desencadenar dificultades adaptativas. El incremento de la capacidad introspectiva, el mayor desarrollo cognitivo y la complejidad emocional que se opera en este período, pueden crear malestar en el adolescente. Asimismo, la descentralización de sus polos de referencia, hasta ahora fundamentalmente la familia, puede convertirse un factor de riesgo.

Este malestar inherente al propio periodo evolutivo puede verse acrecentado por factores externos, como por ejemplo vivencias potencialmente traumáticas, que, posiblemente, han sido re-vivenciadas bajo una perspectiva más analítica y emocional. Los adolescentes manifiestan haber padecido un número muy elevado de eventos potencialmente traumáticos que se asocian a un incremento del malestar psicológico. Este estudio ha podido identificar cuatro tipos diferentes de trayectorias en la evolución con el tiempo de este malestar psicológico inicial vinculado a un EVPT: una disminución, un incremento, mantenimiento del mismo grado de malestar inicial y ausencia de malestar tanto en el momento de la ocurrencia del EVPT como en la actualidad.

Estas diferentes trayectorias se asocian con diferentes grados de sintomatología psicológica, si bien en ningún caso llega a alcanzar niveles clínicos ni subclínicos. Ello habla en favor de la capacidad de resiliencia de la gran mayoría de los adolescentes.

También cabe destacar la importancia del tipo concreto de estresor, tanto en el grado de malestar psicológico que ha originado como en la capacidad de recuperación emocional de dicho malestar inicial. Los estresores más citados están referidos a enfermedades y muerte de familiares. Asimismo, la muerte de familiares y de amigos, o enfermedades graves de amistades, así como haber sido apartado de la familia son los estresores de los que cuesta más recuperarse. El haber sido víctima de abusos sexuales es el estresor que con el tiempo va incrementando el malestar psicológico.

El hecho de detectar los eventos vitales que originan mayor malestar psicológico y de los cuales cuesta más recuperarse emocionalmente es otra

contribución de nuestro estudio y permite la implementación de políticas de intervención más específicas.

Una de las formas de expresión de dicho malestar en los adolescentes son las conductas autolesivas, la ideación suicida y los intentos suicidas (CRS). Un porcentaje importante de los adolescentes evaluados presenta este tipo de conducta, hecho ciertamente preocupante dada su relación con el suicidio consumado.

Son diversos los factores que pueden entroncarse con dichas conductas de riesgo y han sido ampliamente analizados en la literatura científica. En este sentido, el estudio realizado en esta tesis ha puesto de manifiesto que las características de la personalidad desde la teoría del rasgo pueden tener un rol predictivo, al detectar a la población más vulnerable por sus características intrínsecas. A nuestro entender, una contribución importante del estudio realizado es la constatación de que la combinación de diferentes rasgos de personalidad permite una detección más precisa y una mayor fundamentación teórico-aplicada que el análisis de rasgos aislados, diseño este último más abundante en la literatura científica.

Asimismo, la detección de los perfiles de personalidad menos asociados a CRS es otra aportación destacada, ya que se trata de patrones de protección que permitirán analizar en el futuro su entroncamiento con otras variables o mecanismos relacionados con la resiliencia.

Adicionalmente, se ha constatado que chicas y chicos apenas difieren en su perfil de personalidad en la línea de los *Big Five*, salvo por el hecho de que las chicas presentan un nivel más alto de neuroticismo, aunque el tamaño del efecto es de tipo medio. También se ha constatado que el patrón de personalidad de adolescentes con una edad media de 15 años, no difiere significativamente del de universitarios españoles con una edad media de 21 años. Ello podría estar indicando que, al menos a nivel de gran grupo, las características de personalidad de los adolescentes no difieren de las de los jóvenes adultos. No podemos inferir a partir de estos datos la estabilidad del constructo, puesto que el diseño no es longitudinal sino transversal.



---

***CAPÍTULO VI***

***REFERENCIAS***

---

**NOTA:** Dado que cada estudio comprende sus propias referencias bibliográficas, a fin de no duplicarlas, en este apartado se incluirán exclusivamente las nuevas fuentes consultadas referenciadas en el texto de la tesis.

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor analytic study. *Psychological Monographs*, 80, 1–37.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2001). *Ratings of Relations Between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families. Retrieved from <http://www.aseba.org/research/DSM6-18ratings.pdf>
- 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.
- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo S.A.
- Achotegui, J (2006). Estrés límite y salud mental: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Migraciones* (Universidad de Comillas-Madrid) (19): 59-85.
- Achotegui, J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Psicopatología y salud mental el niño y el adolescente*, 11, 15-25.
- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195–216.
- Aguilar-Velázquez, D. G., González-Castro, T. B., Tovilla-Zárate, C. A., Juárez-Rojop, I. E., López-Narváez, M. L., Fréсан, A., Hernández-Díaz, Y., & Guzmán-Priego, C. G. (2017). Gender differences of suicides in children and adolescents: Analysis of 167 suicides in a Mexican population from 2003 to 2013. *Psychiatry Research*, 258, 83–87.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psychres.2017.09.083>
- Allen, B. & Waterman, H. (2019). Stages of Adolescence. Healthy Children Pediatricians. Retrieved from <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/teen/Pages/Stagesof-Adolescence.aspx>
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Reinhart & Winston.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos*. (7ª edición). Prentice Hall: México.
- Ato, M., López, J.J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038- 1059.



<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

- Basterra, V. (2016). Porcentaje de población infanto-juvenil española con problemas psicoemocionales y sus diferencias entre 2006 y 2012. *Medicina Clínica*, *147*, 393-396. doi: 10.1016/j.medcli.2016.07.019.
- Bermúdez, J. (1985). *Psicología de la personalidad*. Vols. I y II. Madrid: UNED.
- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., & Kersting, A. (2013). Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PLoS ONE*, *8*(10). [https://doi-org.sire.ub.edu/10.1371/journal.pone.0076646](https://doi.org.sire.ub.edu/10.1371/journal.pone.0076646)
- Cañón-Buitrago, S. C., & Carmona-Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, *20* (80), 387-397. Epub 00 de juliode 2019. Recuperado en 20 de mayo de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es)
- Carretero, M. (1985). El desarrollo cognitivo en la adolescencia y la juventud: Las operaciones formales. En Carretero, M., Palacios, J. & Marchesi, A. (comps.), *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza.
- Carver, CH. S., & Scheier, M. F. (1997). *Teorías de la personalidad*. (3ª edición). México: Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
- Caspi, A., & Silva, P. A. (1995). Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Development*, *66*(2), 486–498. <https://doi.org/10.2307/1131592>
- Cattell, R. B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. World Book Co.
- Cattell, R.B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Harmondsworth: Penguin.
- Christiansen, D.M., Hansen, M., & Elklit, A. (2014). Correlates of Coping Styles in an Adolescent Trauma Sample. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *7*, 75-85. Codi Risc Suïcidi (2020). Recuperado de: <https://www.ccma.cat/324/els-intents-de-suicidi-en-joves-augmenten-un-27-en-lany-de-la-pandemia/noticia/3092519/>
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, *101*(3), 393–403. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.3.393>
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1988). From Catalog to Classification: Murray's Needs

- and the Five-Factor Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(2), 258-265 DOI:10.1037/0022-3514.55.2.258
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1993). Bullish on personality psychology. *The Psychologist*, 6, 302–303.
- Costa, P. T., Jr., & Widiger, T. A. (Eds.). (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10140-000>
- Coxell, A., King, M., Mezey, G., & Gordon, D. (1999). Lifetime prevalence, characteristics, and associated problems of non-consensual sex in men: Cross sectional study. *British Medical Journal*, 318, 846–850. DOI:10.1136/bmj.318.7187.846
- Danese, A., & Baldwin, J. R. (2017). Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 68 (1), 517–544.
- Dávila-Cervantes, C.A., & Luna- Contreras, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Revista chilena de pediatría*, 90 (6), 606-616. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012>
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417–440. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.41.020190.002221>
- Edalati, H., Krank, M. D., & Schutz, C. G. (2020). Childhood Maltreatment and Perceived Stress in Individuals with Concurrent Psychiatric Disorders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(1), 22–37. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019>
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1972). *Sociedad y Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1952). *The scientific study of personality*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1967). *The Biological Basis of Personality*. Springfield, MA: C. C. Thomas.
- Fayyad, J., Cordahi-Tabet, C., Yeretian, J., Salamoun, M., Najm, C., & Karam, E. G. (2017). Resilience-promoting factors in war-exposed adolescents: An epidemiologic study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), 191–200. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0871-0>.

- Fernández-Ballesteros, R. (1992). Los autoinformes. En R. Fernández-Ballesteros (comp.), *Introducción a la evaluación psicológica (I)*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Medifam*, *12*(3), 100-107.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002000300008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000300008&lng=es&tlng=es).
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, *29*(4), 383–412.
- Fiske, D. W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *44*(3), 329–344. <https://doi.org/10.1037/h0057198>
- Fonseca-Pedrero, E., & Perez de Albéniz, A. P. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala paykel de suicidio. *Papeles Del Psicólogo*, *41*(2), 106-115. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/evaluación-de-la-conducta-suicida-en-adolescentes/docview/2486191655/se-2?accountid=15293>
- Forns, M., Kirchner, T., Però, M., Pont, E., Abad, J., Soler, L., & Paretilla, C. (2013). Factor structure of the adolescent coping orientation for problem experiences in spanish adolescents. *Psychological Reports*, *112*(3), 845-871. doi: <https://doi.org/10.2466/03.20.PR0.112.3.845-871>
- Frazier, P. A. (2012). Trauma psychology. In E. M. Altmaie., & J. I. C. Hansen (Eds.). *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of counseling psychology* (pp. 807– 836). Oxford University Press.
- Gabarró, D. (2016). La muerte explicada a niños, niñas y adolescentes. Recuperado a partir de <https://www.youtube.com/watch?v=ZljdN7QSRHc>
- Gallego-Tena, A., & Isidro-de Pedro, I. (2019). El duelo de la muerte en la etapa de la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1* (1), 93-100.
- Gewirtz-Meydan, A., & Finkelhor, D. (2020). Sexual abuse and assault in a large national sample of children and adolescents. *Child Maltreatment*, *25*(2), 203–214. <https://doi.org/10.1177/1077559519873975>
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita,

- A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., Al Kabir, N., & Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>
- Goldberg, L. R. (1981). Language on individual differences: The search of universality in personality lexicons. *Review of personality and social psychology*, 2. Beverly Hills: Sage.
- Graves, T. (1967). Psychological Acculturation in a Tri-Ethnic Community. *Southwestern Journal of Anthropology*, 23, 337–350.
- Greenwald, R., & Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9(1), 61–75.
- Guzzo, M.F., & Gobbi, G. (2021). Parental Death During Adolescence: A Review of the Literature, *OMEGA—Journal of Death and Dying* 0(0) 1–31. <https://doi.org/10.1177/00302228211033661>
- Haahr-Pedersen, I., Ershadi, A. E., Hyland, P., Hansen, M., Perera, C., Sheaf, G., Bramsen, R. H., Spitz, P., & Vallières, F. (2020). Polyvictimization and psychopathology among children and adolescents: A systematic review of studies using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 107, 104589. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104589>
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The lancet. Psychiatry*, 6(10), 830–839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Herman-Stahl, M. A., Stemmler, M., & Petersen, A. C. (1995). Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 649–665. <https://doi.org/10.1007/BF01536949>
- Hill, P. L., & Edmonds, G. W. (2017). Personality development in adolescence. In J. Specht (Ed.), *Personality development across the lifespan* (pp. 25–38). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804674-6.00003-X>
- Hussong, A. M., Midgette, A. J., Thomas, T. E., Coffman, J. L., & Cho, S. (2021). Coping and mental health in early adolescence during COVID-19. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(9), 1113-1123. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-021-00821-0>

- Im, Y., Oh, W.O., & Suk, M. (2017). Risk factors for suicide ideation among adolescents: Five-year national data analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(3), 282–286. [https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.apnu.2017.01.001](https://doi.org.sire.ub.edu/10.1016/j.apnu.2017.01.001)
- Inhelder, B., & Piaget, J. (1955). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). Estadística de defunciones según la causa de muerte. Recuperado de [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)
- Kirchner, T., Magallón-Neri, E., Forns, M., Muñoz, D., Segura, A., Soler, L., & Planellas, I. (2020). Facing interpersonal violence: identifying the coping profile of poly victimized resilient adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 35 (9-10), 1934- 1957. <https://doi.org/10.1177/088626051770061>.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Li, D., Li, X., Wang, Y., & Bao, Z. (2016). Parenting and Chinese Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts: The Mediating Role of Hopelessness. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1397–1407. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0334-0>
- Liu, W.M., Forbat, L., & Anderson, K. (2019). Death of a close friend: Short and long-term impacts on physical, psychological and social well-being. *PLOS ONE* 14(5): e0218026. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218026>.
- Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in psychiatric care*, 44(3), 175-184
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The lancet. Psychiatry*, 6(4), 327–337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- Masi, G., Lenzi, F., Fabiani, D., Sudano, S. D., D'Acunto, G., & Mucci, M. (2020). Suicidal ideation, suicidal attempts and non-suicidal self-injuries in referred adolescents. *Rivista Di Psichiatria*, 55(3), 168-174. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/suicidal-ideation-attempts-non-self-injuries/docview/2439649398/se-2?accountid=15293>

- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175–215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- Meiran, N., Diamond, G. M., Toder, D., & Nemets, B. (2011). Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: Examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. *Psychiatry Research*, 185(1–2), 149–156. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.psychres.2010.04.044>
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2000). *Personality disorders in modern life* (2nd. ed.). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Alayo, I., Vilagut, G., Blasco, M. J., Torrent, A., Ballester, L., Almenara, J., Lagares, C., Roca, M., Sesé, A., Piqueres, J.A., Soto-Sanz, V., Rodríguez-Marín, J., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Cebrià, A.I., Bruffaerts, R., Auerbach, E., ... Alonso, J. (2019). Gender commonalities and differences in risk and protective factors of suicidal thoughts and behaviors: A cross-sectional study of Spanish university students. *Depression and Anxiety*, 36(11), 1102–1114. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1002/da.22960>
- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: CRI form Adults*. Professional Manual, Odessa, TX: Psychological Assessment Resources.
- Muehlenkamp, J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324–333.
- Murray-Harvey, R., & Slee, P. (2007). Supportive and Stressful Relationships With Teachers, Peers and Family and Their Influence on Students' Social/Emotional and Academic Experience of School. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 17(2), 126-147.
- Nahapetyan, L., Orpinas, P., Song, X. *et al.* (2014). Longitudinal Association of Suicidal Ideation and Physical Dating Violence among High School Students. *Journal of Youth Adolescence*, 43, 629–640. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0006-6>
- Negriff, S., Gordis, E. B., Susman, E. J., Kim, K., Peckins, M. K., Schneiderman, J. U., & Mennen, F. E. (2020). The young adolescent project: A longitudinal study of the effects of maltreatment on adolescent development. *Development and Psychopathology*, 32(4), 1440-1459. doi:<https://doi.org/10.1017/S0954579419001391>
- 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), 300–310. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66 (6), 574–583. <https://doi.org/10.1037/h0040291>
- Norman, W.T. (1967). *2.800 personality trait descriptors: Normative operating characteristics of a university population*. Ann Arbor, Mich.: Department of Psychology.
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(02\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00118-5)
- Oltjenbruns, K. A. (1996). Death of a friend during adolescence: Issues and impacts. In C. A. Corr & D. E. Balk (Eds.), *Handbook of adolescent death and bereavement* (pp. 196–215). Springer Publishing Company.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Participant manual: IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44258>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2019). Suicide. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>.
- Patiño, C., & Kirchner, T. (2010). Stress and psychopathology in Latin-American immigrants: The role of coping strategies. *Psychopathology*, 43(1), 17–24. <https://doiorg.sire.ub.edu/10.1159/000255959>
- Patterson, J. M., & McCubbin, H. I. (1987). Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. *Journal of Adolescence*, 10(2), 163-186. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(87\)80086-6](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(87)80086-6).
- Pervin, L.A. (1996). *The science of personality*. Nueva York: Oxford University Press. (Edición castellana en Ed. McGraw-Hill).
- Piaget, J & Inhelder B. (1966). *Psicología del niño*. Madrid: Morata, 1973.

- Radzik M., Sherer S., & Neistein L.S. (2009). Psychosocial Development in Normal Adolescents. In: L.S. Neistein (Eds.). *Adolescent Health Care: A Practical Guide* (pp 28-32). 5<sup>a</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Recio-Barbero, M., Sáenz-Herrero, M., Navarro, P., & Hurtado, I. (2019). Traumatic life events and high risk for the development of psychopathology. In M. Sáenz-Herrero (Ed.), *2nd ed.; psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology (2nd ed.)* (2nd ed., pp. 109-135, Chapter xiii, 883 Pages) Springer Nature Switzerland AG, Cham. doi:[http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9\\_5](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_5) Retrieved from <https://www.proquest.com/books/traumatic-life-events-high-risk-development/docview/2612782377/se-2?accountid=15293>
- Rodríguez-Hernández, P.J., & Hernández-González, E.R. (2017). Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. *Pediatría integral*, 221 (5), 334 – 342.
- Romano, E., & De Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 55–78 [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(99\)00011-7](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(99)00011-7)
- Rose, A. J., & Smith, R. L. (2009). Sex differences in peer relationships. In K. H. Rubin, W. M. Bukowski, & B. Laursen (Eds.). *Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (pp. 379 –393). New York: Guilford Press.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631. [http://dx.doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-V](http://dx.doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V)
- Save the Children (2022). Suicidios en adolescentes en España: factores de riesgo y datos. Recuperado de:<https://www.savethechildren.es/actualidad/suicidios-adolescentes-espana-factores-riesgo-datos>
- Sawyer, M. G., Pfeiffer, S., & Spence, S. H. (2009). Life events, coping and depressive symptoms among young adolescents: A one-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 117(1-2), 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.12.013>
- Sidamon-Eristoff, A. E., Cohodes, E. M., Gee, D. G., & Peña, C. J. (2022). Trauma exposure and mental health outcomes among central american and mexican children held in immigration detention at the United States–Mexico border. *Developmental Psychobiology*, 64(1), 12. <https://doi.org/10.1002/dev.22227>
- Smith. G. (1996). *Grieving the Death of a Friend*. Augsburg Books.



- 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.
- Teléfono de la Esperanza (2022). El teléfono de la esperanza sonó más de 183.000 veces en 2021. <https://telefonodelaesperanza.org/noticias/el-telefono-de-la-esperanza-sono-mas-de-183000-veces-en-2021>
- Thurstone, L. L. (1934). The vectors of mind. *Psychological Review*, 41(1), 1–32. <https://doi.org/10.1037/h0075959>
- Tupes, E. C., & Christal, R. E. (1958). *Stability of personality trait rating factors obtained under diverse conditions*. (Technical Note WADC· TN-58-6L) Personnel Laboratory, Wright Air Development Center: Lackland Air Force Base, TX.
- Vaughn-Coaxum, R. A., Wang, Y., Kiely, J., Weisz, J. R., & Dunn, E. C. (2018). Associations Between Trauma Type, Timing, and Accumulation on Current Coping Behaviors in Adolescents: Results from a Large, Population- based Sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 842–858. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0693-5>.
- Verelst, A., Spaas, C., Pfeiffer, E., Devlieger, I., Kankaapää, R., Peltonen, K., Vänskä, M., Soye, E., Watters, C., Osman, F., Durbeej, N., Sarkadi, A., Andersen, A., Primdahl, N. L., & Derluyn, I. (2022). Social determinants of the mental health of young migrants. *European Journal of Health Psychology*, 29(1), 61-73. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000097>.
- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 282–297. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.cpr.2014.03.005>
- Villalta, L., Khadr, S., Chua, K. C., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R. M., Stringaris, A., & Smith, P. (2020). Complex post-traumatic stress symptoms in female adolescents: the role of emotion dysregulation in impairment and trauma exposure after an acute sexual assault. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1710400. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1710400>
- Villasana, M., Alonso-Tapia, J., & Ruiz, M. (2016). A model for assessing coping and its relation to resilience in adolescence from the perspective of “person–situation interaction”. *Personality and Individual Differences*, 98, 250–256. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.053>.
- Wang, Y., Tian, L., Guo, L., & Huebner, E. S. (2020). Family dysfunction and

adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 66, 12.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101090>

Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1992). Personality: Structure and assessment. *Annual Review of Psychology*, 43, 473–504.

<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.43.020192.002353>

Wijana, M. B. (2022). *Self-harm among adolescents: Correlates, treatment, and healthcare consumption* (Order No. AAI28946863). Available from APA PsycInfo®. (2661136673; 2022-34083-254). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/self-harm-among-adolescents-correlates-treatment/docview/2661136673/se-2>



---

## *CAPÍTULO VII*

### *ANEXOS*

---

## **FULL D'INFORMACIÓ ALS PARES O TUTORS LEGALS CONSENTIMENT INFORMAT**

Benvolguts pares:

Ens dirigim a vostès en qualitat de pares i/o responsables dels vostres fills adolescents i els demanem el seu consentiment per a que el seu fill/filla pugui participar en la recerca que a continuació els expliquen breument:

Molts adolescents, al llarg de la seva vida han estat testimonis de situacions que els poden haver afectat i repercutit en seu desenvolupament adaptatiu. Però no totes les persones que han viscut situacions problemàtiques en queden afectades. La **RESILIÈNCIA** és el fenomen pel qual tot i haver viscut situacions problemàtiques, el subjecte no esdevé feble, sinó que supera les situacions i fins i tot pot sortir més enfortit de les crisis.

L'estudi que presentem es concentra en aquest fenomen: **estudi de les característiques que potencien el desenvolupament personal sà (formes de solucionar els problemes, ajuts rebuts, estratègies per afrontar situacions problemàtiques, etc.)**

Per a dur aquesta recerca ens és imprescindible poder acostar-nos als adolescents i demanar-los mitjançant un conjunt d'auto-informes que relatin els problemes viscuts, les formes d'afrontament, els recursos personals, les conductes adaptatives i l'estil de personalitat. Aquests auto-informes s'aplicaran a les aules, per professionals especialitzats, en horaris convinguts amb la direcció del centre educatiu. S'intentarà no interferir en la programació acadèmica.

Els següents paràgrafs expliciten amb major detall les condicions de la participació:

A) **Màxima Confidencialitat:** la participació dels adolescents serà anònima. Les dades seran confidencials, i únicament es donaran a conèixer en fòrums de debat científic (conferències, publicacions, etc.)

B) **Dispensa d'ajut individualitzat:** Si els adolescents ho desitgen podran identificar-se i si ho demanen se'ls donarà ajut especialitzat i/o se'ls dirigirà vers

la xarxa d'assistència pública si és necessari.

C) **Orientació al centres educatius:** Si es detecta un grau elevat de estrès en alguna aula, s'informarà a les direccions dels centres, i s'intentarà proporcionar l'ajut pertinent.

D) **Participació voluntària i lliure de part dels adolescents:** Una vegada a l'aula, si un adolescent decideix abandonar la participació, serà lliure de fer-ho. La no participació en aquesta recerca no comporta cap mena de repercussió.

E) **Orientació al centres educatius:** Si es detecta un grau elevat de estrès en alguna aula, s'informarà a les direccions dels centres, i s'intentarà proporcionar l'ajut pertinent.

F) **Participació voluntària i lliure de part dels adolescents:** Una vegada a l'aula, si un adolescent decideix abandonar la participació, serà lliure de fer-ho. La no participació en aquesta recerca no comporta cap mena de repercussió.

## CONSENTIMENT INFORMAT

**Conegudes les condicions de l'estudi, de forma voluntària, com a pare o responsable legal dono el meu consentiment per a que el meu fill/a participi en la recerca esmentada, segons les condicions esmentades, i en els dies i condicions que l'escola ens proposi.**

**Manifesto que sóc coneixedor de la finalitat de la recerca, dels procediments emprats, i permeto que el meu fill/a hi participi.**

**Nom del pare/mare o tutor**

**legal.....**

Nom de

l'adolescent:.....

Signatura mare/pare o responsable

Data

---

*Anexo 2. Cuestionarios y test utilizados para la realización de esta tesis.*

## ENCUESTA SOCIO-DEMOGRÁFICA

Data d'avui (dia/més/any).....

### Dades personals

Data de naixement (dia / mes / any).....

Edat  anys    Curs escolar

Sexe: Home  Dona

Lloc de naixement (país).....

Número de germans (sense incloure't a tu, marca el que correspongui): 0 1 2 3 4 5 o més

Llengua materna:.....

Estat de salut:

Quin és el teu estat de salut física?    Delicat     Bo

Has rebut ajut psicològic?    SI     NO

Per quina raó? .....

Quina edat tenies .....

### Dades del nucli familiar

	PARE	MARE
Lloc naixement (país)		
Estat civil (marca el que correspongui)	Solter   Casat   Separat-Divorciat Vidu   Difunt	Soltera   Casada   Separada-Divorciada Vídua   Difunta
Professió actual:	(Posa una creu on correspongui. Si treballa especifica l'ocupació concreta: mecànic, mestre, jardiner, mossò d'esquadra, informàtic/a, comerciant, etc)	
treballa de...		
està a l'atur		
és jubilat o pensionista		
Nivell d'estudis:	(Posa una creu en el nivell més alt d'estudis que tenen els teus pares)	
sense estudis		
educació primària		
educació secundària		
batxillerat/ cicles formatius		
universitaris		
desconeguts		



<b>Visc amb:</b>	(Posa una creu en el tipus d'afiliació que mantens amb els pares, o amb qui vius)	
parets biològics		
parella del pare o mare		
parets adoptius *		
tutors legals		

\* indica l'edat d'adopció.....

## A-COPE

### Què fas quan tens problemes?

#### ¿Qué haces cuando tienes problemas?

Quan et trobes en algun problema, estàs molt nerviós o et sents tens, amb quina freqüència fas aquestes conductes .... per resoldre els problemes

Cuando te encuentras con algún problema, estás muy nervioso o te sientes tenso, con qué frecuencia haces estas conductas... para solucionar los problemas

1	2	3	4	5
MAI	POC	A VEGADES	SOVINT	MOLT
NUNCA	POCO	A VECES	BASTANTE	MUCHO

1	Fas cas dels consells i normes dels pares Haces caso de los consejos y normas de tus padres	1	2	3	4	5
2	Intentes divertir-te i no prendre't les coses malament Intentas divertirte y no tomarte las cosas mal	1	2	3	4	5
3	Demanes disculpes als altres Pides disculpas a los otros	1	2	3	4	5
4	Escoltes música, MP3 etc. Escuchas música, MP3, etc.	1	2	3	4	5
5	Parles del que et molesta a un professor/a o tutor/a, a l'escola Hablas de lo que te molesta con algún profesor/a o tutor/a, de la escuela	1	2	3	4	5
6	Menges Comes	1	2	3	4	5
7	Intentes estar fora de casa el major temps possible Intentas estar fuera de casa el mayor tiempo posible	1	2	3	4	5
8	Participes o t'impliques més en activitats de l'escola Participas o te implicas más en actividades de la escuela	1	2	3	4	5
9	Vas de compres; compres coses que t'agraden Vas de compras; compras cosas que te gustan	1	2	3	4	5
10	Intentes parlar amb els teus pares i trobar solucions Intentas hablar con tus padres y encontrar soluciones	1	2	3	4	5
11	Intentes millorar (recuperar la forma física, millorar les notes...) Intentas mejorar (ponerte en forma, mejorar las notas...)	1	2	3	4	5
12	Plores Lloras	1	2	3	4	5
13	Intentes pensar en els aspectes agradables de la teva vida Intentas pensar en los aspectos agradables de tu vida	1	2	3	4	5
14	Estàs amb el xicot/a Estás con el novio/a	1	2	3	4	5

15	Et dius a tu mateix/a que el problema no és important Te dices a ti mismo/a que el problema no es importante	1	2	3	4	5
16	Dius coses amables i afectuoses als altres Dices cosas amables y afectuosas a los demás	1	2	3	4	5
17	T'enfades i crides els altres Te enojas y gritas a los demás	1	2	3	4	5
18	Fas broma i mantens el sentit de l'humor Haces bromas y mantienes el sentido del humor	1	2	3	4	5
19	Parles a un capellà o religiós/a Hablas con un sacerdote o religioso/a	1	2	3	4	5
20	Et desfogues, protestant a casa Te desahogas, quejándote en casa	1	2	3	4	5
21	Vas a l'església Vas a la iglesia	1	2	3	4	5
22	Organitzes la teva vida i el que has de fer Organizas tu vida y lo que tienes que hacer	1	2	3	4	5
23	Dius paraulotes Dices palabrotas	1	2	3	4	5
24	Treballes dur en els deures o en altres projectes de l'escola Trabajas duro en los deberes o en otros proyectos de la escuela	1	2	3	4	5
25	Dones la culpa als altres d'allò que t'està passant Culpas a los demás de lo que te está pasando	1	2	3	4	5
26	Busques estar amb algú que aprecies Intentas estar con alguien que aprecias	1	2	3	4	5
27	Intentes ajudar els altres a resoldre els seus problemes Intentas ayudar a los otros a resolver sus problemas	1	2	3	4	5
28	Parles amb la teva mare del que et preocupa Hablas con tu madre de lo que te preocupa	1	2	3	4	5
29	Et dediques a algun hobby o afició Te dedicas a algún pasatiempo o afición	1	2	3	4	5
30	Intentes mantenir les amistats o fer-ne de noves Intentas mantener tus amistades o hacer nuevos amigos	1	2	3	4	5
31	Vas al cinema Vas al cine	1	2	3	4	5
32	Parles amb el teu germà o germana del que sents Hablas con tu hermano o hermana de cómo te sientes	1	2	3	4	5
33	Agafes alguna feina o treballes més dur en la que tens Consigues algún trabajo o trabajas más duro en el que tienes	1	2	3	4	5
34	Fas coses amb la família Haces cosas con tu familia	1	2	3	4	5
35	Fumes Fumas	1	2	3	4	5
36	Mires la televisió Ves la televisión	1	2	3	4	5

37	Pregues Rezas	1	2	3	4	5
38	Intentes veure les coses bones d'una situació difícil Intentas ver las cosas buenas de una situación difícil	1	2	3	4	5
39	Beus cervesa, vi, o altres begudes alcohòliques... Bebes cerveza, vino, u otras bebidas alcohólicas...	1	2	3	4	5
40	Dorms Duermes	1	2	3	4	5
41	Ets desagradable amb la gent; ets sarcàstic/a Eres desagradable con la gente; eres sarcástico/a	1	2	3	4	5
42	Parles amb el teu pare del que et preocupa Hablas con tu padre de lo que te preocupa	1	2	3	4	5
43	Et desfogues queixant-te als teus amics/gues Te desahogas quejándote a tus amigos/as	1	2	3	4	5
44	Parles amb un amic/ga de com et sents Hablas con un amigo/a sobre cómo te sientes	1	2	3	4	5
45	Jugues amb jocs d'ordinador, Internet, etc... Juegas videojuegos, juegos en Internet, etc...	1	2	3	4	5
46	Et poses a fer algun exercici físic esgotador ( córrer, nedar, etc..) Haces algún ejercicio físico agotador (correr, nadar, bicing, etc.)	1	2	3	4	5

## YOUTH SELF REPORT (YSR)

### Quadern N° 2

Us trobareu amb un conjunt de preguntes referides a **conductes que descriuen coses que us poden passar**

De la vostra participació es podran derivar recomanacions molt útils per a altres adolescents.

#### Us demanen:

- Màxima sinceritat
- Que cadascú es centri en les seves respostes
- Que contesteu en silenci
- Que no comenteu les respostes personals amb els companys

#### Us recordem que:

- Només heu de pensar si les conductes descrites us "passen" o "no us passen"

#### Us assegurem que:

- La informació és confidencial

### Cuaderno N° 2

Os vais a encontrar con un conjunto de preguntas referidas a **conductas que describen cosas que os pueden pasar**.

De vuestra participación se podrán derivar recomendaciones muy útiles para otros adolescentes.

#### Os pedimos:

- Máxima sinceridad
- Que cada uno se centre en sus respuestas
- Que contestéis en silencio
- Que no comentéis vuestras respuestas con los compañeros

#### Os recordamos que:

- Sólo tenéis que pensar si las conductas descritas os "ocurren" o "no os ocurren"

#### Os aseguramos que:

- La información es confidencial

## YOUTH SELF REPORT/11-18 (2001)

A continuació trobaràs una llista de frases que descriuen els nois o les noies. Pensa si les següents frases et descriuen a tu en el **moment actual** o en **els últim 6 mesos** i fes un cercle al número que correspongui.

A continuación encontrarás una lista de frases que describen a los chicos o chicas. Piensa si las siguientes frases te describen a ti en el **momento actual** o en **los últimos 6 meses** y haz un círculo en el número que corresponda.

**0= No és cert                      1= Una mica cert o cert de vegades      2=Cert tot sovint o bastant sovint**  
**0= No es cierto                    1= Algo, algunas veces cierto                      2=Cierto muy a menudo o bastante a menudo**

1. Em comporto com si fos més petit/a 1. Me comporto como si fuera más pequeño/a	0 1 2	13. Estic distret/a, als núvols 13. Estoy distraído/a o en las nubes	0 1 2
2. Bec alcohol sense permís dels meus pares (descriu): 2. Bebo alcohol sin permiso de mis padres (describe):	0 1 2	14. Ploro molt 14. Lloro mucho	0 1 2
3. Discuteixo molt 3. Discuto mucho	0 1 2	15. Sóc força honest/a 15. Soy bastante honesto/a	0 1 2
4. No acabo les coses que començo 4. No termino las cosas que empiezo	0 1 2	16. Sóc dolent/a amb els altres 16. Soy malo/a con los demás	0 1 2
5. Hi ha molt poques coses que em fan gaudir 5. Hay muy pocas cosas que me hacen disfrutar	0 1 2	17. Sovint somio despert/a 17. Sueño despierto/a a menudo	0 1 2
6. M'agraden els animals 6. Me gustan los animales	0 1 2	18. He intentat suïcidar-me o fer-me mal deliberadament 18. He intentado suicidarme o hacerme daño deliberadamente	0 1 2
7. Sóc presumit/da, cregut/da, presumtuós/a, fatxenda 7. Soy presumido/a, engreído/a, fanfarrón/a	0 1 2	19. Intento obtenir molta atenció 19. Intento obtener mucha atención	0 1 2
8. No puc concentrar-me o parar atenció durant massa temps 8. No puedo concentrar-me o prestar atención durante mucho tiempo	0 1 2	20. Trenc les meves coses, les destrosso 20. Rompo mis cosas, las destrozo	0 1 2
9. No puc treure'm de la ment certs pensaments (descriu): 9. No puedo quitarme de la mente ciertos pensamientos (describe):	0 1 2	21. Trenc les coses d'altres, les destrosso 21. Rompo las cosas de otros, las destrozo	0 1 2
10. Em costa estar quiet/a 10. Me cuesta estar quieto/a	0 1 2	22. Desobeeixo els pares 22. Desobedezco a mis padres	0 1 2
11. Depenc massa dels adults 11. Dependo demasiado de los adultos	0 1 2	23. Desobeeixo a l'escola 23. Desobedezco en la escuela	0 1 2
12. Em sento sol/a 12. Me siento solo/a	0 1 2	24. No menjo tan bé com ho hauria de fer 24. No como tan bien como debería	0 1 2
		25. No en duc bé amb altres nois/es, joves 25. No me llevo bien con otros chicos/as	0 1 2
		26. No em sento culpable després de d'haver fet quelcom que no hauria d'haver fet 26. No me siento culpable después de hacer algo que no debería	0 1 2
		27. Sóc gelós/a 27. Tengo celos de otras personas	0 1 2
		28. Trenc les normes a casa, a l'escola o a altres llocs 28. Me salto las normas en casa, en la escuela o en otros lugares	0 1 2

0= No és cert      1= Una mica cert o cert de vegades      2=Cert tot sovint o bastant sovint  
 0= No es cierto      1= Algo, algunas veces cierto      2=Cierto muy a menudo o bastante a menudo

29. Tinc por a certes situacions, animals o llocs diferents de l'escola (descriu): 29. Tengo miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes del colegio (describe):	0	1	2
30. Em fa por anar a l'escola 30. Tengo miedo de ir a la escuela	0	1	2
31. Tinc por de pensar o de fer coses dolentes 31. Tengo miedo de pensar o de hacer algo malo	0	1	2
32. Crec que haiq de ser perfecte/a 32. Creo que tengo que ser perfecto/a	0	1	2
33. Crec que ningú no m'estima 33. Creo que nadie me quiere	0	1	2
34. Crec que els altres em volen perjudicar 34. Creo que los demás me quieren perjudicar	0	1	2
35. Em sento inferior als altres o crec que no valc res 35. Me siento inferior a los demás o creo que no valgo nada	0	1	2
36. Em faig mal accidentalment amb molta freqüència 36. Me hago daño accidentalmente con mucha frecuencia	0	1	2
37. Em fico en moltes baralles 37. Me meto en muchas peleas	0	1	2
38. Els altres es burlen de mi tot sovint 38. Los demás se burlan de mí a menudo	0	1	2
39. Vaig amb nois/es que es fiquen en problemes 39. Voy con chico/as que se meten en problemas	0	1	2
40. Sento sons o veus que altres creuen que no existeixen (descriu): 40. Oigo sonidos o voces que otros creen que no existen (describe):	0	1	2
41. Faig les coses sense pensar 41. Hago las cosas sin pensar	0	1	2
42. Prefereixo estar sol/a que amb altres persones 42. Prefiero estar solo/a que con otras personas	0	1	2

43. Dic mentides o enganyo 43. Digo mentiras o engaño	0	1	2
44. Em mossego les ungles 44. Me muerdo las uñas	0	1	2
45. Sóc nerviós/a o estic tens/a 45. Soy nervioso/a o estoy tenso/a	0	1	2
46. Tinc tics o faig moviments sense voler (descriu): 46. Tengo tics o hago movimientos sin querer (describe):	0	1	2
47. Tinc malsons 47. Tengo pesadillas	0	1	2
48. No caic bé als altres nois/es 48. No caigo bien a otros chicos/as	0	1	2
49. Puc fer algunes coses millor que la majoria de nois/es 49. Puedo hacer algunas cosas mejor que la mayoría de chicos/as	0	1	2
50. Sóc massa ansiós/a o poruc/qa 50. Soy demasiado ansioso/a o miedoso/a	0	1	2
51. Em sento marejat/da 51. Me siento mareado/a	0	1	2
52. Em sento massa culpable 52. Me siento demasiado culpable	0	1	2
53. Menjo massa 53. Como demasiado	0	1	2
54. Em sento massa cansat/da sense cap motiu 54. Me siento demasiado cansado/a sin motivo	0	1	2
55. Peso més del que hauria de pesar 55. Peso más de lo que debería	0	1	2

0= No és cert      1= Una mica cert o cert de vegades      2=Cert tot sovint o bastant sovint  
 0= No es cierto      1= Algo, algunas veces cierto      2=Cierto muy a menudo o bastante a menudo

56. Tinc problemes físics sense causa mèdica: 56. Tengo problemas físicos sin causa médica:	
a. Dolors o molèsties (no incloguis mals d'estómac o de cap) a. Dolores o molestias (no incluyas dolores de estómago o de cabeza)	0 1 2
b. Mals de cap b. Dolores de cabeza	0 1 2
c. Nàusees, em sento malament c. Náuseas, me siento mal	0 1 2
d. Problemes amb els ulls (encercla el '0' si portes ulleres) (descriu): d. Problemas con los ojos (valóralo como '0' si llevas gafas) (describe):	0 1 2
e. Erupcions o altres problemes a la pell e. Erupciones u otros problemas en la piel	0 1 2
f. Mals d'estómac f. Dolores de estómago	0 1 2
g. Vòmits g. Vómitos	0 1 2
h. Altres (descriu): h. Otros (describe):	0 1 2
57. Pego (ataco) als altres 57. Pego (ataco) a otros	0 1 2
58. Em rasco massa la pell o altres parts del cos (les ferides, els grans...) (descriu): 58. Me rasco demasiado la piel u otras partes del cuerpo (las heridas, los granos...) (describe):	0 1 2
59. Puc ser bastant simpàtic/a 59. Puedo ser bastante simpático/a	0 1 2
60. M'agrada provar coses noves 60. Me gusta probar cosas nuevas	0 1 2
61. El meu rendiment escolar és baix 61. Mi rendimiento escolar es bajo	0 1 2
62. Sóc maldestre/a, no tinc massa coordinació 62. Soy torpe, no tengo mucha coordinación	0 1 2

63. Prefereixo estar amb nois/es més grans que jo 63. Prefiero estar con chicos/as mayores que yo	0 1 2
64. Prefereixo estar amb nois(es) més petits que jo 64. Prefiero estar con chicos(as) menores que yo	0 1 2
65. Em nego a parlar 65. Me niego a hablar	0 1 2
66. Repeteixo algunes accions una i altra vegada (descriu): 66. Repito algunas acciones una y otra vez (describe):	0 1 2
67. M'escapo de casa 67. Me escapo de casa	0 1 2
68. Crido molt 68. Grito mucho	0 1 2
69. Sóc molt reservat/da; tot m'ho callo 69. Soy muy reservado/a; me callo todo	0 1 2
70. Veig coses que altres creuen que no existeixen (descriu): 70. Veo cosas que otros creen que no existen (describe):	0 1 2
71. M'avergonyeixo amb facilitat; tinc molt sentit del ridícul 71. Me avergüenzo con facilidad; tengo mucho sentido del ridículo	0 1 2
72. Calo foc 72. Prendo fuego	0 1 2
73. Sóc hàbil amb les mans 73. Soy habilidoso/a con las manos	0 1 2
74. M'agrada cridar l'atenció o em faig el graciós/a 74. Me gusta llamar la atención o hacerme el/la gracioso/a	0 1 2
75. Sóc massa tímid/a 75. Soy demasiado tímido/a	0 1 2



76. Dormo menys que la majoria de nois/es 76. Duermo menos que la mayoría de chicos/as	0 1 2
77. Dormo més que la majoria de nois/es durant el dia i/o la nit (descriu): 77. Duermo más que la mayoría de chicos/as durante el día y/o la noche (describe):	0 1 2
78. Sóc desatent/a, em distrec fàcilment 78. Soy desatento/a, me distraigo fácilmente	0 1 2
79. Tinc problemes amb la parla (descriu): 79. Tengo problemas con el habla (describe):	0 1 2
80. Defenso els meus drets 80. Defiendo mis derechos	0 1 2
81. Robo a casa 81. Robo en casa	0 1 2
82. Robo fora de casa 82. Robo fuera de casa	0 1 2
83. Emmagatzemo massa coses que no necessito (descriu): 83. Almaceno demasiadas cosas que no necesito (describe):	0 1 2
84. Faig coses que altres persones pensen que són estranyes (descriu): 84. Hago cosas que otras personas piensan que son extrañas (describe):	0 1 2
85. Tinc idees que altres persones pensarien que són estranyes (descriu): 85. Tengo ideas que otras personas pensarían que son extrañas (describe):	0 1 2

86. Sóc tossut/da 86. Soy tozudo/a	0 1 2
85. Tinc idees que altres persones pensarien que són estranyes (descriu): 85. Tengo ideas que otras personas pensarían que son extrañas (describe):	0 1 2
86. Sóc tossut/da 86. Soy tozudo/a	0 1 2
87. Canvio d'humor o sentiments sobtadament 87. Cambio de humor o sentimientos de repente	0 1 2
88. M'agrada estar amb altres persones 88. Me gusta estar con otras personas	0 1 2
89. Sóc desconfiat/da 89. Soy desconfiado/a	0 1 2
90. Dic grolleries o paraulotes 90. Digo groserías o palabrotas	0 1 2
91. Penso en matar-me 91. Pienso en matarme	0 1 2
92. M'agrada fer riure els altres 92. Me gusta hacer reír a los demás	0 1 2
93. Parlo massa 93. Hablo demasiado	0 1 2
94. Me'n ric molt dels altres 94. Me burlo mucho de los demás	0 1 2
95. M'enfado amb facilitat 95. Me enfado con facilidad	0 1 2
96. Penso massa en el sexe 96. Pienso demasiado en el sexo	0 1 2
97. Amenazo de fer mal altres persones 97. Amenazo con hacer daño a otras personas	0 1 2
98. M'agrada ajudar els altres 98. Me gusta ayudar a los demás	0 1 2
99. Fumo tabac 99. Fumo tabaco	0 1 2
100. No dormo bé (descriu): 100. No duermo bien (describe):	0 1 2

0= No és cert  
0= No es cierto

1= Una mica cert o cert de vegades  
1= Algo, algunas veces cierto

2=Cert tot sovint o bastant sovint  
2=Cierto muy a menudo o bastante a menudo

101. Faig campanes o falto a l'escola sense motiu 101. Hago novillos o falto a la escuela sin motivo	0 1 2
102. Tinc poca energia 102. Tengo poca energía	0 1 2
103. Em sento infeliç, trist/a o deprimit/da 103. Me siento infeliz, triste o deprimido/a	0 1 2
104. Sóc més sorollós que altres nois/es 104. Soy más ruidoso que otros chicos/as	0 1 2
105. Prenc medicaments o drogues sense causa mèdica (no incloguis l' alcohol o el tabac) (descriu): 105. Tomo medicamentos o drogas sin razón médica (no incluyas el alcohol o el tabaco) (describe):	0 1 2

106. Procuro ser just/a amb els altres	0 1 2
--	-------

106. Trato de ser justo/a con los demás	0 1 2
107. M'agrada un bon acudit 107. Me gusta un buen chiste	0 1 2
108. M'agrada prendre'm les coses amb calma 108. Me gusta tomarme las cosas con calma	0 1 2
109. Tracto d' ajudar els altres quan puc 109. Trato de ayudar a los demás cuando puedo	0 1 2
110. Desitjaria ser de l'altre sexe 110. Desearía ser del otro sexo	0 1 2
111. Evito relacionar-me amb els altres 111. Evito relacionarme con los demás	0 1 2
112. Em preocupo molt 112. Me preocupo mucho	0 1 2

**MOLTES GRÀCIES  
MUCHAS GRACIAS**

---

*Si us plau escriu qualsevol altre comentari que descriuï els teus sentiments, conductes o interessos.  
Por favor escribe cualquier otro comentario que describa tus sentimientos, conductas o intereses.*

# LITE-S

Grau de preocupació  
Grado de preocupación

1	2	3
Gens Nada	Una mica Un poco	Molt Mucho

T'ha passat això alguna vegada? <i>¿Te ha pasado esto alguna vez?</i>		Quantes vegades?	Quants anys tenies la primera vegada?	En quin grau et va preocupar quan et va passar?			En quin grau et molesta o preocupa ara?			
		¿Cuántas veces?	¿Qué edad tenías la primera vez?	¿En qué grado te preocupó cuando te pasó?			¿En qué grado te molesta o preocupa ahora?			
No	Sí	estar en un accident de cotxe estar en un accidente de coche			1	2	3	1	2	3
No	Sí	ser ferit en un altre tipus d'accident o estar malalt a l'hospital ser herido en otro tipo de accidente o estar enfermo en el hospital			1	2	3	1	2	3
No	Sí	veure algú altre fer-se mal ver a alguien hacerse daño			1	2	3	1	2	3
No	Sí	tenir algú de la família a l'hospital (ferit o malalt) tener a alguien de la familia en el hospital (herido o enfermo)			1	2	3	1	2	3
No	Sí	algú de la família ha mort alguien de la familia ha muerto			1	2	3	1	2	3
No	Sí	amic/a molt malalt, ferit o mort amigo/a muy enfermo o muerto			1	2	3	1	2	3
No	Sí	estar en un incendi estar en un incendio			1	2	3	1	2	3
No	Sí	estar en un huracà, tornado, inundacions o esllavissades (encercla en quin) estar en un huracán, tornado, inundaciones o desprendimientos (redondea en cual)			1	2	3	1	2	3
No	Sí	pares (o adults) han trencat coses o s'han fet mal l'un a l'altre padres (o adultos) han roto cosas o se han hecho daño uno al otro			1	2	3	1	2	3
No	Sí	pares s'han separat o divorciat padres se han separado o divorciado			1	2	3	1	2	3
No	Sí	t'han mantingut allunyat de la família te han mantenido alejado de la familia			1	2	3	1	2	3
No	Sí	ser colpejat, fuetejat, apallissat o ferit per algú ser golpeado, azotado, apaleado o herido por alguien			1	2	3	1	2	3

Grau de preocupació  
Grado de preocupación

1	2	3
Gens Nada	Una mica Un poco	Molt Mucho

T'ha passat això alguna vegada? <i>¿Te ha pasado esto alguna vez?</i>			Quantes vegades?	Quants anys tenies la primera vegada?	En quin grau et va preocupar quan et va passar?			En quin grau et molesta o preocupa ara?		
			¿Cuántas veces?	¿Qué edad tenías la primera vez?	¿En qué grado te preocupó cuando te pasó?			¿En qué grado te molesta o preocupa ahora?		
No	Sí	ser lligat o tancat en un lloc petit ser atado o encerrado en un lugar pequeño			1	2	3	1	2	3
No	Sí	fer-te fer coses sexuals hacerte hacer cosas sexuales			1	2	3	1	2	3
No	Sí	ser amenaçat (dir-te que et farien quelcom dolent) ser amenazado (decirte que te harían algo malo)			1	2	3	1	2	3
No	Sí	haver estat atracat (o robat a casa) haber sido atracado (o robado en casa)			1	2	3	1	2	3
Altres situacions que t'hagin fet por o que t'hagin preocupat										
Otras situaciones que te hayan dado miedo o te hayan preocupado										
Quina va ser? ¿Cuál fue?					1	2	3	1	2	3
Quina va ser? ¿Cuál fue?					1	2	3	1	2	3
Quina va ser? ¿Cuál fue?					1	2	3	1	2	3
Quina va ser? ¿Cuál fue?					1	2	3	1	2	3

## CUESTIONARIO BFI

Em veig a mi mateix/a com algú que . . .

Me veo a mi mismo/a como alguien que . . .

1	2	3	4	5
Molt en desacord	Lleugerament en desacord	Ni d'acord ni en desacord	Lleugerament d'acord	Molt d'acord
Muy en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo

1	és xerraire es hablador	1	2	3	4	5
2	tendeix a ser "criticón" tiende a ser criticón	1	2	3	4	5
3	és curós o perfeccionista en el treball es meticuloso o perfeccionista en el trabajo	1	2	3	4	5
4	és depressiu, trist es depresivo, triste	1	2	3	4	5
5	és original, se li acudeixen idees noves es original, se le ocurren ideas nuevas	1	2	3	4	5
6	és reservat es reservado	1	2	3	4	5
7	és amable i generós amb els altres es amable y generoso con los demás	1	2	3	4	5
8	pot ser una mica descurat ("descuidat") puede ser algo descuidado	1	2	3	4	5
9	és calmat, controla bé l'estrés es calmado, controla bien el estrés	1	2	3	4	5
10	té interès per temes molt diversos tiene interés por temas muy diversos	1	2	3	4	5
11	està ple d'energia está lleno de energía	1	2	3	4	5
12	prefereix tasques que siguin rutinàries prefiere trabajos que sean rutinarios	1	2	3	4	5
13	inicia baralles amb els altres inicia disputas con los demás	1	2	3	4	5
14	és un treballador de confiança es un trabajador de confianza	1	2	3	4	5
15	es posa tens se pone tenso	1	2	3	4	5
16	tendeix a ser callat/da tiende a ser callado/a	1	2	3	4	5
17	valora l'art, l'estètica valora el arte, lo estético	1	2	3	4	5
18	tendeix a ser desorganitzat tiende a ser desorganizado	1	2	3	4	5
19	és emocionalment estable, difícil d'alterar es emocionalmente estable, difícil de alterar	1	2	3	4	5
20	té una imaginació activa (té molta imaginació) tiene una imaginación activa (tiene mucha imaginación)	1	2	3	4	5

21	<b>persevera (és constant) fins acabar la feina</b> persevera (es constante) hasta terminar el trabajo	1	2	3	4	5
22	<b>és a vegades groller amb els altres</b> es a veces grosero con los demás	1	2	3	4	5
23	<b>és creatiu</b> es creativo	1	2	3	4	5
24	<b>és generalment confiat</b> es generalmente confiado	1	2	3	4	5
25	<b>tendeix a ser mandrós, gandul</b> tiende a ser perezoso, vago	1	2	3	4	5
26	<b>es preocupa molt</b> se preocupa mucho	1	2	3	4	5
27	<b>és a vegades tímid, cohibit</b> es a veces tímido, cohibido	1	2	3	4	5
28	<b>està disposat/da a perdonar</b> está dispuesto/a a perdonar	1	2	3	4	5
29	<b>fa les coses de manera eficient (eficaç)</b> hace las cosas de manera eficiente (eficaz)	1	2	3	4	5
30	<b>pot ser malhumorat</b> puede ser malhumorado	1	2	3	4	5
31	<b>és ingeniós, analític</b> es ingenioso, analítico	1	2	3	4	5
32	<b>transmet entusiasme</b> transmite entusiasmo	1	2	3	4	5
33	<b>pot ser fred i distant</b> puede ser frio y distante	1	2	3	4	5
34	<b>fa plans i els segueix curosament</b> hace planes y los sigue cuidadosamente	1	2	3	4	5
35	<b>manté la calma en situacions difícils</b> mantiene la calma en situaciones difíciles	1	2	3	4	5
36	<b>li agrada reflexionar, pensar en diferents alternatives</b> le gusta reflexionar, pensar en diferentes alternativas	1	2	3	4	5
37	<b>és considerat i amable amb gairebé tothom</b> es considerado y amable con casi todo el mundo	1	2	3	4	5
38	<b>es posa nerviós amb facilitat</b> se pone nervioso con facilidad	1	2	3	4	5
39	<b>entén d'art, música o literatura</b> entiende de arte, música o literatura	1	2	3	4	5
40	<b>sap defensar les seves opinions amb fermesa</b> sabe defender sus opiniones con firmeza	1	2	3	4	5
41	<b>li agrada cooperar amb els altres</b> le gusta cooperar con los demás	1	2	3	4	5
42	<b>es distreu amb facilitat</b> se distrae con facilidad	1	2	3	4	5
43	<b>és extrovertit, sociable</b> es extrovertido, sociable	1	2	3	4	5
44	<b>té pocs interessos artístics</b> tiene pocos intereses artísticos	1	2	3	4	5

---

### *Anexo 3. BAREMOS DEL BIG FIVE INVENTORY (BFI)*

---

En este anexo se incluyen los baremos del BFI de población adolescente reclutada en colegios de Catalunya para la realización de esta tesis doctoral. A partir de las puntuaciones directas obtenidas con la aplicación de la versión española del BFI (Benet-Martinez y John, 1998) a una muestra grande de adolescentes, hemos elaborado un baremo en puntuaciones centiles.

Ya que, hasta donde sabemos, no existen baremos del BFI para población adolescente, pensamos que puede ser interesante para aquellos investigadores que deseen trabajar con esta versión bilingüe (español/catalán) del BFI en adolescentes.

Baremos de la población adolescente española (catalana) del *Big Five Inventory*.

Percentil	CHICAS					CHICOS				
	Extraversión	Amabilidad	Concienciación	Neuroticismo	Apertura	Extraversión	Amabilidad	Concienciación	Neuroticismo	Apertura
99	40	43	43	37	49	39	44	43	33	40
95	38	41	39	34	45	37	41	38	29	45
90	36	40	36	32	43	36	40	37	28	43
80	34	38	34	30	41	33	39	34	25	40
75	33	38	33	29	40	32	38	32	25	39
70	32	37	32	28	39	31	38	31	24	38
60	30	36	31	26	37	30	36	29	23	36
50	29	35	29	25	35	28	35	28	21	35
40	27	34	27	23	34	27	34	26	20	33
30	26	33	26	22	32	26	33	25	18	31
25	25	32	25	21	31	25	32	24	17	30
20	23	31	24	20	30	24	31	23	17	30
10	21	29	22	18	27	21	29	21	15	28
5	19	27	20	16	25	18	27	19	12	26
1	16	24	16	13	22	13	24	13	10	20
N	566	560	560	567	567	326	325	332	336	334
Medias	28,65	34,66	29,22	24,86	35,37	28,20	34,91	28,22	21,18	34,82
D.T.	5,67	4,28	5,77	5,51	6,04	5,58	4,27	6,03	5,09	5,95