



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

**PAPEL DE LA RESILIENCIA EN LAS
TENTATIVAS SUICIDAS FUTURAS EN
PERSONAS CON INTENTOS PREVIOS DE
SUICIDIO EN LA PROVINCIA DE JAÉN**

**PRESENTADA POR:
DAVID SÁNCHEZ TERUEL**

**DIRIGIDA POR:
DRA. DÑA. ANA GARCÍA LEÓN
DR. D. JOSÉ ANTONIO MUELA MARTÍNEZ**

JAÉN, 4 DE FEBRERO DE 2016

ISBN 978-84-16819-78-2



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

PAPEL DE LA RESILIENCIA EN LAS TENTATIVAS
SUICIDAS FUTURAS EN PERSONAS CON
INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO EN LA
PROVINCIA DE JAÉN

PRESENTADA POR:
DAVID SÁNCHEZ TERUEL

DIRIGIDA POR:
DRA. Dña. ANA GARCÍA LEÓN
DR. D. JOSÉ ANTONIO MUELA MARTINEZ

Dra. Dña. Ana García León y Dr. D. José A. Muela Martínez profesores titulares del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico del Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén, una vez revisada la investigación titulada “Papel de la resiliencia en las tentativas suicidas futuras en personas con intentos previos de suicidio en la provincia de Jaén” realizada por David Sánchez Teruel, bajo el Programa de Doctorado Interuniversitario “Aspectos Psicológicos y Biomédicos de la Salud y la Enfermedad” en la Línea investigación “Medicina Conductual y Psicología de la Salud”, como directores del mismo dan su visto bueno para la presentación de esta Tesis Doctoral para la consecución del Grado de Doctor.

Jaén, diciembre de 2015

Fdo.: Dra. Dña. Ana García León

Fdo.: Dr. D. José A. Muela Martínez



A mi madre y a mi padre

A Paco, por los momentos en los que has sabido apoyarme, darme
aliento y motivarme para ser mejor cada día



AGRADECIMIENTOS A:

Los Dres. Dña. Ana García León y D. José Antonio Muela Martínez por ser, ambos, una guía constante durante este camino y unos modelos excelentes en los que basar mi futuro como investigador y docente. Nunca os podré agradecer lo suficiente vuestro apoyo, acertadas orientaciones y paciencia a lo largo de todos estos años de trabajo investigador.

A todos aquellos profesionales de la salud de los Hospitales de la provincia de Jaén que me han ayudado en la recogida de datos: Dra. Remedios Fernández-Amela y Herrera, Dr. Francisco Rosa Jiménez, D^a. Isabel M^a López Gutiérrez, D. Manuel González Cabrera, D^a. Remedios Ordoñez Molina, D. David Cárdenas Antón, Dña. Belén Jiménez García, D. Juan Pedro Cobo Corral, D^a. M^a José Bermúdez Bermúdez, D^a. M^a Patrocinio Gutiérrez Roldan, D. Juan Manuel Lorite Castellano, D^a. Rosario Oliveros Valenzuela, D. Francisco Andrés Serrano López, D. Carlos Osuna, D^a. Inmaculada Herrador Barrios, D^a. M^a Luisa Ocaña Luque, D^a. Aurora Martínez Garrido, D^a. Carmen Ortega Trigo, D^a. Nieves Cárdenas Oya, D^a. Juana Gómez Vidal y D^a. Aurora Ginés Gallego. Gracias de verdad por vuestra ayuda incondicional y altruista

Y por supuesto, a todas aquellas personas anónimas que han participado en esta investigación, porque sin ellos no hubiese sido posible conocer, en profundidad, la resiliencia ante las tentativas suicidas.



	Página
Agradecimientos.....	5
Índice General.....	6
Índice de Tablas.....	10
Índice de Figuras.....	12
Resumen.....	13

ÍNDICE GENERAL

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1: SUICIDIO Y TENTATIVAS SUICIDAS.....	14
1. MARCO CONCEPTUAL.....	15
1.1. Conceptos básicos sobre el suicidio.....	15
1.2. Fases del suicidio: Ideas, planes, lesiones autoinfligidas, tentativas y suicidio consumado.....	18
1.3. Epidemiología e impacto social de la conducta suicida.....	20
1.4. Lesiones autoinfligidas y tentativa de suicidio: conceptualización y diferencias.....	21
2. VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS QUE MODULAN LA TENTATIVAS SUICIDAS. 24	24
2.1. Tentativas suicidas y sexo.....	24
2.2. Edad y tentativas suicidas.....	26
2.3. Estado civil y tentativas suicidas.....	28
3. VARIABLES BIOPSIICOSOCIALES QUE MODULAN LA TENTATIVAS SUICIDAS.....	28
3.1. Factores biológicos asociados a la tentativa suicida.....	29
3.2. Trastornos psicológicos asociados con la tentativa suicida.....	32
3.3. Factores sociales y culturales que modulan las tentativas suicidas.....	36
CAPÍTULO 2: LA RESILIENCIA.....	43
1. LA RESILIENCIA: ORÍGENES, CONCEPTO Y DESARROLLO.....	44
1.1. Contexto histórico: de la vulnerabilidad a la resiliencia.....	45

1.2. Líneas de investigación derivadas de los primeros estudios.....	47
1.3. Conceptualización de la resiliencia.....	52
2. CONCEPTOS DIFERENCIADORES DE LA RESILIENCIA.....	59
2.1. Resiliencia y competencia.....	59
2.2. Resiliencia y vulnerabilidad.....	60
2.3. Resiliencia y dureza.....	61
2.4. Resiliencia y Ego resiliency.....	62
3. COMPONENTES Y FACTORES RESILIENTES.....	63
3.1. Factores de riesgo en la resiliencia.....	63
3.2. Factores de protección en la resiliencia.....	64
4. OTROS ASPECTOS QUE MODULAN LA VARIABILIDAD DE LA RESILIENCIA.....	69
5. EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA GENERAL.....	70
5.1. Complejidad del constructo.....	70
5.2. Metodología en la evaluación de la resiliencia.....	72
5.3. Instrumentos de evaluación de la resiliencia.....	74
CAPÍTULO 3: LA RESILIENCIA ANTE TENTATIVAS SUICIDAS.....	85
1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA RESILIENCIA ANTE EL SUICIDIO.....	86
2. VARIABLES PSICOSOCIALES PREDICTORAS QUE MODULAN LA RESILIENCIA ANTE EL RIESGO DE TENTATIVAS SUICIDAS.....	89
2.1. Variables protectoras personales internas.....	92
2.2. Variables protectoras personales externas.....	112
3. LA EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA ANTE TENTATIVAS SUICIDAS.....	119
3.1. Instrumentos de evaluación de la resiliencia ante tentativas suicidas.....	120
3.2. Aspectos a tener en cuenta para construir instrumentos de evaluación de la resiliencia ante tentativas suicidas.....	125

ESTUDIOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 4: JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	128
1. MARCO TEÓRICO.....	129
2. PANORÁMICA GENERAL DE ESTA TESIS.....	132

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS.....	134
CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA.....	135
1. ACLARACIÓN SOBRE EL MÉTODO APLICADO EN ESTUDIOS EMPÍRICOS.....	136
2. MÉTODO.....	136
2.1. Participantes.....	136
2.2. Instrumentos.....	139
2.3. Procedimiento.....	141
2.4. Análisis de datos.....	146
CAPÍTULO 6: RESULTADOS.....	149
1. OBJETIVO ESPECÍFICO 1: CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA ANTE TENTATIVAS SUICIDAS.....	150
1.1. Resultados sobre el proceso de construcción inicial de la Escala de Resiliencia ante tentativas suicidas (ERATS)	150
1.2. Resultados sobre viabilidad de la ERATS-34 en una muestra piloto de la población general y en una muestra piloto de población con tentativas suicidas...	154
2. OBJETIVO ESPECÍFICO 2: ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ERATS-29 EN UNA MUESTRA GENERAL Y ERATS-18 EN UNA MUESTRA CLÍNICA.....	163
2.1. Resultados del análisis de la normalidad univariada de todas las variables en la muestra de población general y en una muestra de personas que han realizado una tentativa suicida.....	163
2.2. Resultados de Validez de la ERATS-29 en población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa suicida.....	165
2.3. Resultados del análisis de la Fiabilidad de la ERATS-12 en población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa suicida.....	177
2.4. Resultados del análisis de la Validez de criterio de la ERATS-12 en población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa suicida.....	179

CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN.....	191
1. INTRODUCCIÓN.....	192
2. OBJETIVO ESPECÍFICO 1: CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA ANTE TENTATIVAS SUICIDAS.....	193
2.1. Importancia clínica en la construcción de escalas viables para la medición de la resiliencia ante conductas suicidas.....	194
2.2. Proceso de consulta a expertos y aplicación en estudios piloto previos.....	196
3. OBJETIVO ESPECÍFICO 2: FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ERATS-29 EN UNA MUESTRA GENERAL Y DE LA ERATS-18 EN UNA MUESTRA DE PERSONAS QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO Y COMPARACIÓN DE RESULTADOS SEGÚN MUESTRA UTILIZADA.....	199
3.1. Validez estructural de la escala ERATS-29 en una muestra de población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa suicida.	200
3.2. Fiabilidad de la ERATS-12 en una muestra de población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa de suicidio.....	205
3.3. Validez de criterio de la ERATS-12 en población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa suicida.....	207
3.4. Predicción de tentativas suicidas futuras a través de la ERATS-12 y ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa de suicidio.....	209
4. LIMITACIONES ENCONTRADAS.....	213
5. PERSPECTIVAS FUTURAS.....	215
6. ASPECTOS ÉTICOS A TENER EN CUENTA.....	218
7. CONCLUSIONES GENERALES.....	220
CAPÍTULO 8: REFERENCIAS.....	222
ANEXOS.....	310

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Factores de riesgo ante la resiliencia.....	63
Tabla 2 Factores protectores ante la resiliencia.....	67
Tabla 3 Cuadro resumen de instrumentos de evaluación de la resiliencia.....	82
Tabla 4 Resumen datos socio-demográficos de la muestra general (N=470).....	136
Tabla 5 Resumen datos socio-demográficos de la muestra clínica (N=131).....	138
Tabla 6 Descripción teórica inicial tridimensional de ERATS-34.....	152
Tabla 7 Estadísticos descriptivos, índices de asimetría y curtosis, e índices de normalidad del ítem en muestra piloto de población general (N = 50).....	156
Tabla 8 Estadísticos descriptivos, índices de asimetría y curtosis, e índices de normalidad del ítem en muestra piloto de personas que han realizado una tentativa suicida (N = 27).....	160
Tabla 9 Descriptivos de todas las variables de la muestra de población general (N = 420).....	163
Tabla 10 Descriptivos de todas las variables de la muestra de personas que han realizado una tentativa suicida (N = 131).....	164
Tabla 11 Matriz factorial rotada de ERATS-29 en población general.....	167
Tabla 12 Matriz de transformación de las componentes del AFE.....	168
Tabla 13 Bondad de ajuste del modelo exploratorio de ERATS-12 en población general (n1=205) ...	170
Tabla 14 Estadísticos descriptivos, índices de asimetría y curtosis, e índices de normalidad del ítem (n2 = 215).....	170
Tabla 15 Índices de bondad de ajuste para el ERATS-12 en población general (n2 = 215).....	172
Tabla 16 Estadísticos descriptivos, índices de asimetría y curtosis, e índices de normalidad del ítem en personas que han realizado una tentativa suicida (N=131).....	174
Tabla 17 Índices de bondad de ajuste del análisis confirmatorio en personas que han realizado una tentativa suicida (N = 131).....	175

Tabla 18	Consistencia interna (alfa y dos mitades) de la ERATS-12 y por dimensiones en muestra de población general (N = 420).....	177
Tabla 19	Consistencia interna (alfa y dos mitades) de la ERATS-18 y por dimensiones en personas que han realizado tentativa suicida (N = 131).....	178
Tabla 20	Correlaciones entre ERATS-12 (Protección interna y estabilidad emocional) con CD-RISC, RS-14, SRI-25, BDI, STAI-R (N=420).....	179
Tabla 21	Correlaciones entre ERATS-18 (Protección interna, estabilidad emocional y externa) con CD-RISC, RS-14, SRI-25 (N= 131).....	181
Tabla 22	Diferencias entre muestra general y clínica en ERATS-18 (protección interna, estabilidad emocional y protección externa)	182
Tabla 23	Descriptivos y número y porcentaje por grupos (realización de tentativas y no realización de reintentos) durante los meses de duración del proceso de seguimiento (N= 131).....	183
Tabla 24	Supuestos de independencia de errores de las VI (ERATS-12 y ERATS-18), puntuación de eficiencia estadística de ROA, porcentajes de observaciones y pronósticos y varianza explicada en meses de seguimiento (N= 131).....	185
Tabla 25	Valores de la ecuación de regresión para las VIs (ERATS-12 y ERATS-18) durante los 6 meses de seguimiento (N= 131).....	186
Tabla 26	Eficacia en la predicción de cada instrumento.....	188
Tabla 27	Porcentaje de sujetos que reintentan suicidarse durante el seguimiento en función del número de intentos previos y de la puntuación en el ERATS-18.....	190
Tabla 28	Ejemplo del incremento de probabilidades de reintentar suicidarse en los próximos seis meses según el número de intentos previos cuando se obtiene una baja puntuación en el ERATS-18	215

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 <i>Path diagram</i> del modelo de dos dimensiones correspondiente al ERATS-12 ($n_2 = 215$).....	173
Figura 2 Path diagram de la ERATS-18 en muestra de personas que han realizado una tentativa suicida (N= 131).....	176
Figura 3 Área bajo la curva ROC de las medidas de resiliencia dicotomizadas.....	189



RESUMEN

El suicidio es un problema de salud pública que afecta tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo. Sin embargo, no todos los aspectos del suicidio han recibido la misma atención y algunos, como la tentativa suicida, no han sido suficientemente investigados. Esta Tesis Doctoral pretende la construcción y validación de una escala de resiliencia en personas que han realizado alguna tentativa de suicidio y comprobar si dicho instrumento predice nuevas tentativas a corto plazo. En primer lugar, se construirá la escala utilizando el método teórico-racional para la creación de instrumentos psicométricos. Posteriormente, se evaluará la viabilidad, fiabilidad y validez de la escala en una muestra de personas de la población general (N=470) y en personas que hayan realizado alguna tentativa suicida en la provincia de Jaén (N=131). Finalmente, se realizará un seguimiento mensual sobre las futuras tentativas suicidas de estas personas (N=131) durante 6 meses, para valorar el poder predictivo de la escala resultante y poder así relacionar las puntuaciones previas con una posible nueva tentativa de suicidio. Los resultados obtenidos muestran que la escala de resiliencia construida (Escala de Resiliencia ante Tentativas suicidas-ERATS) presenta un funcionamiento diferenciado según población de validación, y además que la escala adaptada en personas que han realizado una tentativa de suicidio (ERATS-18) presenta mejores propiedades psicométricas y mejor capacidad predictiva de reintentos futuros en comparación con la escala adaptada en población general (ERATS-12). Se discuten los resultados obtenidos y se plantean nuevas perspectivas de trabajo dentro del ámbito de la resiliencia ante situaciones de riesgo como la tentativa suicida; igualmente, se plantea la necesidad de propiciar la valoración rápida del nivel de resiliencia a través de instrumentos adaptados a conductas de riesgo concretas dentro del suicidio.

Palabras clave: resiliencia, tentativas suicidas, salud, predicción, suicidio

CAPÍTULO 1:

SUICIDIO Y TENTATIVAS

SUICIDAS

1. MARCO CONCEPTUAL

El suicidio es un fenómeno complejo que encuentra sus raíces en factores sociodemográficos (International Association for Suicide Prevention-IASP, 2010), económicos (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, 2009) y psicosociales (Wasserman, Terenius, Wasserman y Sokolowski, 2010; World Health Organization-WHO, 2012a; 2012b). Actualmente, la literatura científica no ha sido capaz de dar respuesta a esta conducta humana, existiendo todavía grandes dificultades para dilucidar este aspecto, siendo difícil detectar qué factores previenen la conducta suicida o qué factores promueven o protegen a personas o sociedades de situaciones adversas que les llevan a ser más vulnerables ante el suicidio (Sánchez-Teruel, 2012). Su carácter epigenético y multidimensional dificulta la conceptualización y clasificación de esta conducta humana (Manderscheid et al. 2010; Wasserman et al., 2010), pero también la importante influencia de factores culturales está en la base de la dificultad en su análisis por parte de investigadores y estudiosos (López-Castroman et al., 2015a).

1.1. Conceptos básicos sobre el suicidio

A lo largo de la bibliografía consultada, resalta la existencia de una gran diversidad de actos que son denominados como suicidio (Chávez-Hernández, Medina y Macías-García, 2008; Gutiérrez, Conteras y Orozco, 2006; Ruiz-Pérez y Olry de Labry-Lima, 2006). A veces se diferencia entre suicidio (el hecho intencionado de quitarse la vida a uno mismo) y el parasuicidio (todas aquellas conductas intencionadas que producen lesiones y cuyo resultado final no es la muerte pero sí un conjunto de lesiones derivadas del acto mismo) (Comtois, 2002; Guo y Harstall, 2004).

El suicidio (del latín *sui caedere*, matar a uno mismo) es el acto de quitarse la propia vida, siendo consciente que dicho acto llevaría a producir la muerte. Por su

parte, Durkheim (1897) describe el suicidio como la muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima y donde la muerte es el resultado esperado. Por último, las conductas suicidas son definidas, según Shneidman (1985), como el acto humano de causar la cesación de la propia vida.

El suicidio, como una conducta que busca intencionadamente la propia muerte, ha sido objeto de estudio por diversos investigadores (Sánchez, Orejarena y Guzmán, 2004), dando lugar a varias formas de entender lo que incluye. Algunos autores entienden el suicidio como el acto final de un proceso donde la persona pasa por diferentes etapas: primero una fase de ideación suicida pasiva, a la que le siguen fases cada vez más activas, como la visualización del propio acto y su manifestación mediante amenazas verbales, la planeación y preparación del acto en sí, la ejecución del intento y por último el suicidio consumado (Rich, Kirkpatrick-Smith y Bonner, 1992). Otros autores entienden el suicidio como un conjunto de conductas que abarcan las ideas y deseos suicidas (*ideación suicida*), las conductas suicidas sin resultado de muerte (*intento o tentativas suicidas* en los que sí se busca morir) y los *suicidios consumados* (el resultado es la muerte) (Palacios-Espinosa et al., 2007).

Como se puede comprobar por lo expuesto en los párrafos anteriores, existen importantes dificultades para llegar a un consenso en la definición sobre el suicidio. Prueba de ello es que incluso en los manuales diagnósticos anteriores de los trastornos mentales y del comportamiento, novena Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE-9 (Organización Mundial de la Salud-O.M.S., 1992) y en la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM IV-TR (American Psychiatric Association-APA, 2002), el suicidio no tiene un código autónomo. Sin embargo, en los actuales manuales diagnósticos (10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades-e-CIE-10 edición electrónica-Organización Panamericana de la Salud-O.P.S, 2014) y en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM-5 (American Psychiatric Association-APA,

2014), el suicidio se contempla ya como una entidad nosológica diferente, donde la dificultad para su conceptualización y la tremenda influencia de factores culturales dificulta la generalización de los resultados obtenidos por la literatura científica, puesto que por un lado no se define claramente que fase del suicidio es investigada y por otro los riesgos específicos que incrementan la vulnerabilidad suicida son muy heterogéneos según culturas y sociedades (López-Castroman et al., 2015b).

En definitiva, las aportaciones de los actuales manuales diagnósticos (CIE-10, 2014; DSM-5, 2014), junto con diversos estudios de revisión llevados a cabo sobre el tema (Ayuso-Mateos et al., 2012; Oquendo, Baca-García, Mann y Giner, 2008; Mann et al., 2005), plantean que el suicidio es un concepto amplio que comprende diversas fases con diversa gravedad, no siempre consecutivas:

- Pensamientos sobre el cese de la propia vida (ideación).
- Recreación subjetiva u objetiva sobre el procedimiento para llevar a cabo la realización de un acto cuyo resultado pueda ser la muerte (planificación).
- Comportamiento autolesivo para infligirse daño corporal sin intención suicida (cortes en la piel, quemaduras, golpes, rascado, etc.). Este tipo de conducta se caracteriza por la presencia de impulsos irresistibles, recurrentes e intrusivos para infligirse daño físico que se acompaña de tensión creciente, ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo (autolesión).
- Un acto con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por la persona con intención de morir y que le causa algún tipo de lesión (tentativa). Esta conducta se contempla hoy día como la más predictiva de suicidio consumado (Lopez-Castroman et al., 2015b; WHO, 2014)
- La muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir (suicidio consumado).

1.2. Fases del suicidio: Ideas, planes, autolesiones, tentativas y suicidio consumado

Según algunos autores el suicidio parece seguir una secuencia lógica, que va desde la primera idea de suicidio, la confección cognitiva de un plan, la puesta en práctica de dicho plan, el primer intento suicida y finalmente el suicidio consumado (Buendia et al., 2004; Rich et al., 1992; Tishler, 2004).

Dependiendo de los estudios consultados, existen discrepancias respecto al papel que ejercen las primeras ideas de suicidio y a su tránsito hacia otras fases de la conducta suicida: planificación, autolesiones, tentativa o suicidio consumado. Algunos autores plantean que el pensamiento suicida constituye un fuerte indicador de la vulnerabilidad hacia los actos suicidas, por lo menos para la autolesión o tentativa (Bebbington et al., 2010; Lee et al., 2010); por el contrario, otros investigadores (Borges et al., 2010; Ganz et al., 2010; Nock et al., 2010) sugieren que la ideación suicida en sí misma no supone un factor de riesgo para la planificación o para la tentativa suicida, sino que son necesarios otros factores que parecen influir para que se produzca el tránsito desde el pensamiento hacia una conducta suicida concreta, y no siempre siguiendo esta secuencia (Boeninger, Masyn, Feldman y Conger, 2010; Bowers et al., 2010). Un hecho que apoya este segundo punto de vista es que, la detección de ideas de suicidio a través de instrumentos concretos en población normal (Jia-In et al., 2010) y en población clínica (Beck, Kovacs y Weissman, 1979; Comeche, Díaz y Vallejo, 1995), no elimina la posibilidad de realizar una tentativa y tampoco previene la muerte por suicidio (Isometsä y Lönnqvist, 1998). En esta línea, parece evidenciarse que existen grandes diferencias geográficas y culturales entre las distintas fases del suicidio (ideación, planificación, lesiones, tentativa y suicidio consumado), y este aspecto, junto con otras variables psicosociales, puede potenciar el tránsito de una fase a otra, dificultando la conceptualización secuencial de esta conducta (Bertolote et al., 2005; Godwin y Marusic, 2011).

Lee et al. (2007) muestran que la ideación suicida es más probable en solteros y que la mujer presenta una probabilidad mayor que los hombres. Además, ambos sexos no difieren en cuanto a la planificación, pero sí en cuanto a la tentativa, las mujeres lo intentan más que los hombres. Otros estudios muestran que ni la ideación suicida ni la planificación son buenos predictores para la prevención de la gravedad del suicidio, y sí muestran que la tentativa previa, sobre todo durante el primer año, es un buen predictor del grado de letalidad de esta conducta (Bertolote et al., 2005; Bowers et al., 2010; Brener, Krug y Simon, 2000; Venceslá y Moriana, 2002).

Por su parte, Soler y Gascón (2005) plantean que existe mayor gravedad cuanto mayor sea el grado de planificación del acto. Otros estudios, no apoyan esta hipótesis y plantean que las personas con mayor grado de impulsividad planifican menos el intento y éste produce secuelas más graves que en aquellos menos impulsivos y que planifican su tentativa durante un mayor periodo de tiempo (Swann et al., 2005). Finalmente, en algunas investigaciones realizadas en diversos países (Kilbane et al., 2009; Lee et al., 2007; Nock et al., 2008) se ha detectado que en el 60% de los sujetos estudiados el tránsito de la idea a la tentativa o la planificación del intento al acto en sí mismo depende en gran medida del papel desempeñado por ciertas variables psicosociales (como control de los impulsos y alta ansiedad) dentro del primer año inmediatamente después del inicio de la ideación suicida (Gradus et al., 2010).

En general, todos estos resultados, algunos de ellos contradictorios, demuestran la necesidad de una mayor investigación a este respecto (Hall, Platt y Hall, 1999; Lee et al., 2007), puesto que parece evidenciarse que el suicidio presenta dificultades en su conceptualización, que el tránsito de una fase a otra no es una secuenciado y que los factores psicosociales y culturales presentan un valor tremendamente modulador, pero poco estudiado en la literatura sobre este tema.

1.3. Epidemiología e impacto social de la conducta suicida

El suicidio consumado se encuentra entre las tres principales causas de muerte no accidental en el mundo (World Health Organization-WHO, 2013). También, y según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2013), en el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por esta causa, y 20 veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida. Esta cifra representa una muerte por suicidio en el mundo cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1-2 segundos (WHO, 2010a).

Los datos disponibles hasta el año 2012 (WHO, 2013) informan de que las mayores tasas de muerte por suicidio se producen en Japón, Australia, EEUU, Canadá y Europa, y actualmente también en Corea del Sur, China y Brasil (Chang et al., 2013; Chan et al., 2015; Piacheski de Abreu, Dias da Silva, Kohlrausch y Fachinelli, 2010).

Respecto a Europa, los últimos datos publicados muestran importantes diferencias entre los estados miembros, siendo los países más afectados los del norte de Europa y los menos los países mediterráneos (European Statistical Office of the European Commission-Eurostat, 2009). Así, se producen reducciones en las tasas de suicidio durante los últimos trece años en Alemania, Austria, Dinamarca, Francia, Grecia, Países Bajos, Portugal, Suecia y el Reino Unido, mientras que se observan incrementos en las tasas en Irlanda y España (Stone et al., 2002). En el caso concreto de España, es preocupante la tendencia lineal de incremento de mortalidad por suicidio observada en los últimos años (Chishti et al., 2003). Según los últimos datos publicados en este país correspondientes al año 2013 el suicidio es la primera causa externa de muerte, muy por encima de homicidios y accidentes de tráfico (Instituto Nacional de Estadística-I.N.E., 2015). En cuanto a los datos concretos (I.N.E., 2015) parece ser que en España se han suicidado 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres).

Sin embargo, algunas instituciones y gran parte de los investigadores (Dublin, 1963; Pritchard y Hean, 2008; WHO, 2010b; World Federation for Mental Health-WFMH, 2006) opinan que probablemente las tasas reales son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados. La manera en la que se registran las defunciones varía enormemente según los países, lo cual hace sumamente difícil comparar las tasas de suicidio de unos territorios con otros (Andriessen, 2006; Pritchard y Hean, 2008). En muchos países, debido a cuestiones políticas o religiosas, a hábitos culturales, o incluso a otros factores tales como qué persona es la primera en encontrar el cadáver (policía, familiares, etc..), existe la tendencia a clasificar estas defunciones como causas externas no intencionadas (accidentes), causas indeterminadas, o muertes determinadas por factores de salud, para evitar así los inconvenientes de la realización de autopsias u otro tipo de investigación que determine la causa real (Pritchard y Hean, 2008; Shneidman, 1996). Incluso, en países que han elaborado criterios uniformes de registro de muertes por suicidio, la forma en la que se aplican estos criterios hace que la tasa de muertes por esta causa pueda variar considerablemente (Chishti, Stone, Corcoran, Williamson y Petridou, 2003; Guibert, 2002). De hecho, el Instituto Nacional de Estadística (INE) de España refiere que los últimos datos publicados sobre suicidio desde el año 2013 no son comparables con los que se refieren a años anteriores, al existir nuevos protocolos forenses que han modificado la reasignación de muertes anteriores contempladas como indeterminadas a determinadas por suicidio. También hay que destacar que desde el año 2006 no se reflejan datos referidos a las tentativas suicidas por parte del Instituto Nacional de Estadística-INE, ni por ninguno de los Institutos de Estadística Autonómicos de este país, al contrario de lo que sucede en otros países europeos como Irlanda donde se empiezan a plantear sistemas de recogida de datos sobre esta fase previa del suicidio (Perry et al., 2012).

1.4. Lesiones autoinfligidas y tentativa de suicidio: conceptualización y diferencias

Como se ha comentado en apartados anteriores, uno de los aspectos que dificulta la investigación sobre el suicidio es su propia conceptualización, pero este hecho es aún más importante cuando se analiza conductas cuyo resultado no es letal como las lesiones autoinfligidas o las tentativas de suicidio (Ayuso-Mateos et al., 2012). Los datos existentes sobre el suicidio consumado son relativamente fáciles de obtener a través de los sistemas nacionales de muertes por suicidio (López-Castroman et al., 2010). En cambio, no existen registros respecto a las lesiones autoinfligidas, y menos aún respecto a las tentativas de suicidio, a pesar de que diferentes organizaciones (International Association for Suicide Prevention-IASP, 2010) y algunos autores estiman que estas últimas son de 10 a 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados (Boeninger, Masyn, Feldman y Conger, 2010) y producen importantes efectos adversos, tanto económicos como personales (Bobes-García, Giner-Ubago, Sáiz-Ruiz, 2011). Además, no parecen existir diferencias en el número de tentativas suicidas, valoradas en los últimos 12 meses, entre países desarrollados y en vías de desarrollo (Borges et al., 2010).

Esta situación plantea la necesidad de una conceptualización clara sobre la lesión autoinfligida y la tentativa de suicidio, puesto que esta última es la más predictiva de otras conductas más letales como el suicidio consumado (Nock, Holmberg, Photos y Michel, 2007). Sin embargo, parece ser que algunos estudios sobre tentativa suicida olvidan definir claramente este aspecto (Posner et al, 2011). En una reciente revisión sobre 43 estudios sobre suicidio (Liu y Miller, 2014), el 48,8% sobre total incluyeron una conceptualización específica sobre los intentos de suicidio como uno de sus criterios de inclusión, y un 20,1% no incluyeron ningún detalle sobre cómo se operacionalizaron los intentos de suicidio. Investigaciones anteriores han demostrado que, incluso haciendo una pregunta con clara validez aparente con respecto al comportamiento suicida (por ejemplo, si el participante ha intentado alguna vez el suicidio) sin preguntar explícitamente sobre la intención suicida se produjeron una tasa de falsos positivos de aproximadamente el 41,8% (Nock y Kessler,

2006). Así, no diferenciar claramente entre la tentativa suicida y las lesiones autoinfligidas es una preocupación importante en la medida en que las dos están relacionados pero son distintos fenómenos clínicos (Hamza, Stewart y Willoughby, 2012; Lawlor et al., 2000; Nock y Kessler, 2006).

Un intento de suicidio se define como la autolesión realizada con la intención de morir, en contraste con las lesiones autoinfligidas, que se caracterizan por la autoagresión deliberada con la ausencia de intencionalidad mortal (Rosenbaum et al., 2011). En muchos casos el comportamiento de herirse uno mismo o las lesiones autoinfligidas representan un período transitorio de petición de socorro pero, en otros casos, es un importante indicador de problemas de salud mental y riesgo real de suicidio (Hankin y Abela, 2011). De ahí, la necesidad de intervenir de forma directa sobre aquellas personas que presentan este tipo de conductas (Hawton, Rodham, Evans y Weatherall., 2002).

Algunos autores informan de que las lesiones autoinfligidas pueden darse en cualquier edad, pero son más frecuentes en adolescentes y en adultos jóvenes, fundamentalmente mujeres (Fliege, Lee, Grimm y Klapp, 2009; Hawton et al., 2002). Unos estudios han planteado que este tipo de autolesiones sin intención suicida, junto con la existencia de trastornos de personalidad, pueden ser indicadores de alto riesgo de suicidio (Urnes, 2009). Otros plantean que el haber presentado una conducta suicida fallida es un alto predictor de que, por lo menos durante los dos años siguientes, la persona puede presentar de nuevo una respuesta de estas características (O'Connell et al., 2004; Romero et al., 2007). Sin embargo, ciertas investigaciones realizadas en 21 países (10 desarrollados como Bélgica, Francia, Alemania, Israel, Italia, Japón, Países Bajos, Nueva Zelanda, España y Estados Unidos y 11 países en vías de desarrollo como Brasil, Bulgaria, Colombia, India, Líbano, México, Nigeria, la República Popular China, Rumania, Sudáfrica y Ucrania) han demostrado que los intentos previos

de suicidio son altamente predictores de tentativas futuras más letales entre los 6 y 12 meses posteriores al primer intento (Borges et al., 2010).

La literatura más abundante apunta a que un intento previo de suicidio no tiene porqué determinar un segundo intento futuro, pero varios intentos previos sí que pronostican que esa persona realizará de nuevo otro intento y que finalmente, se quitará la vida a sí misma (Beghi y Rosenbaum, 2010; Fleischmann et al., 2008; Wenzel et al., 2011; Zonda, 2006). Así, parece ser que deben existir ciertas variables (sociodemográficas, psicosociales y culturales) que modulan la gravedad de cada una de las conductas suicidas y su tránsito de una a otra (Boeninger et al., 2010; Fairweather-Schmidt, Anstey, Salim y Rodgers, 2010; Ganz et al., 2010; Lee et al., 2007; Nock et al., 2008; Nock et al., 2010). Además, revisiones metaanalíticas recientes plantean que las tentativas suicidas parecen ser más bien un fenómeno clínico en sí mismo que requiere de un mayor número de investigaciones sobre todo de carácter longitudinal (Claes y Vandereycken, 2007; Fliege et al., 2009; McMahon et al., 2010). De hecho, recientemente se ha sugerido que el comportamiento suicida debe ser considerado una categoría diagnóstica independiente con respecto a los principales trastornos psicopatológicos (López-Castroman et al., 2015b; Oquendo, Baca-García, Mann y Giner, 2008).

2. VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS QUE MODULAN LAS TENTATIVAS SUICIDAS

2.1. Tentativas suicidas y sexo

Los factores asociados con el sexo en el suicidio, y más aún en la tentativa, deben investigarse más a fondo (McMahon et al., 2010). En concreto, parece ser que las mujeres realizan mayor número de intentos que los hombres, mientras que los hombres consiguen un resultado más letal que ellas (Vázquez-Lima et al., 2012). En los hombres, parece que la alexitimia o dificultad que se experimenta para identificar y

nombrar las propias emociones (Sifneos, 1972), así como la incapacidad para mostrar debilidad o pedir ayuda, pueden constituir un factor de vulnerabilidad para una mayor letalidad de la conducta suicida en este sexo (Torres-Malca, 2007). Así, los cambios en los papeles sociales y la realidad actual de las mujeres pueden haber llevado a una deconstrucción de la masculinidad tradicional en las culturas occidentales, fomentando en el hombre la no percepción o admisión de la ansiedad, los problemas y las cargas, incrementándose así los niveles de mayor letalidad en las conductas suicidas masculinas frente a las femeninas (Méndez-Bustos, López-Castroman, Baca-García, Ceverino, 2013; Ruiz-Pérez y Olry de Labry-Lima, 2006; Yip, 1998).

Estudios recientes han mostrado que la modulación sexual de la tentativa suicida es variable según países (Kovess-Masfety et al., 2011; Mendez-Bustos et al., 2013; Yip, Liu, y Law, 2008) e incluso en territorios de un mismo país (Gabilondo et al., 2007; Mejías et al., 2011). Por otra parte, parece ser que la probabilidad de muerte en mujeres tras realizar varias tentativas suicidas duplica la de hombres; en concreto, en un trabajo llevado a cabo por Cooper et al. (2005) se ha detectado que el ingreso en urgencias por lesiones autoinfligidas en mujeres duplica el índice de riesgo en los hombres para volver a realizar dichos actos durante los primeros seis meses del suceso autolítico. Este estudio realizó un seguimiento de 7.968 personas que ingresaron en los servicios de urgencias de dos hospitales británicos durante un periodo de 4 años, obteniéndose dos resultados fundamentales: 1) Del total de ingresos por lesiones autoinfligidas (60) había un 60% de los casos que volvían a realizarlos. 2) El número de actos autolíticos era mucho mayor en mujeres que en hombres, siendo la frecuencia de muerte por suicidio más elevada durante los primeros 6 meses desde el primer acto suicida. Estos autores explican que es fundamental una intervención temprana en ambos sexos durante los primeros meses posteriores al primer intento. Además, plantean la necesidad de concienciar a los profesionales de la salud de primer contacto (personal facultativo y de enfermería) sobre la importancia de los intentos suicidas, puesto que en la base de muchas muertes por suicidio está el mito de que el acto de

daño autoinfligido en una mujer sólo tiene el objetivo de llamar la atención y no tanto la muerte en sí. De hecho, y según los autores de esta investigación, el tratamiento debe incluir la atención a la enfermedad física, a los problemas de alcohol y a las circunstancias vitales como posibles causantes del acto (Cooper et al., 2005). Así, informan de que las autolesiones y tentativas suicidas parecen conferir un riesgo particularmente elevado de muerte por suicidio en personas de sexo femenino, desmitificando la idea de que el intento en una mujer no tiene el objetivo de autoinfligirse la muerte (Mendez-Bustos et al., 2013).

2.2. Edad y tentativas suicidas

Administraciones sanitarias internacionales advierten de que las personas con mayor riesgo de suicidio consumado son aquellas que tienen edades entre 16 y 39 años y las personas que superan los 50 años (WHO, 2013). Sin embargo, existe una alta variabilidad respecto a la edad en las tentativas suicidas, que viene modulada fundamentalmente por otras variables como el sexo y los acontecimientos vitales estresantes (Blasco-Fontecilla et al., 2012). Así, parece ser que las niñas y las adolescentes son más propensas que los niños y adolescentes masculinos a las tentativas suicidas, y ellos tienen cinco veces más probabilidades de daños físicos graves o de muerte en sus intentos de suicidio que ellas (Sánchez-Teruel, 2012). Además, las mujeres adolescentes presentan mayores tasas de ideación suicida que los hombres adolescentes (Borges et al., 2011). Por último, estas diferencias en la modulación sexual de la edad de mayor riesgo para un intento de suicidio, parece mostrar gran variabilidad según países y zonas territoriales de un mismo país (Álvaro-Meca, Kneib, Gil-Prieto y Gil de Miguel, 2013; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014a).

En España en concreto, existen importantes diferencias en la edad para realizar un intento de suicidio. De hecho, parece ser que investigaciones sobre población del sur de este país plantean que las edades de mayor peligrosidad para realizar una

tentativa suicida son entre los 14 y los 43 años (Sánchez-Teruel, García-León y Muela-Martínez, 2014; Córdoba et al., 2014). Sin embargo, algunos estudios sobre otras zonas de España plantean que las edades de mayor peligrosidad se encuentran entre los 25 y 45 años (De Miguel-Bouzas et al., 2012; Jiménez-Treviño et al., 2012). Algunos autores plantean que la división territorial en España ejemplificada por los diferentes sistemas de salud de acuerdo con cada comunidad autónoma, junto a la inexistencia de registros estandarizados y homogéneos sobre el suicidio no letal, pueden dificultar la comparación de los datos sobre el sexo y la edad que modula el intento de suicidio entre los diferentes territorios en este país (Sánchez-Teruel, Muela-Martínez y García-León, 2015).

Por otro lado, existen también edades insuficientemente representadas en la literatura empírica sobre el suicidio, en concreto son escasos los estudios que utilizan muestras infantiles y de edad avanzada, a pesar de la abundancia de estudios sobre tentativas suicidas con adolescentes y adultos (Nock et al., 2008). De hecho, parece ser que en el caso de las muestras de niños, la falta de investigación puede explicarse en gran medida por la rareza de ideación y de tentativas suicidas en niños menores 10 años al no poseer la capacidad cognitiva para comprender plenamente la naturaleza de la muerte, y por lo tanto ser incapaces de involucrarse en conductas suicidas (Liu y Miller, 2014). En lugar de ello, el riesgo de la primera aparición de alguna de las fases del comportamiento suicida tiende a surgir en torno a los 12 años y aumenta considerablemente en el transcurso de la adolescencia (Nock et al., 2013). En cuanto a la relativa ausencia de investigación sobre la tentativa suicida con muestras de personas de edad avanzada, no puede ser explicada de la misma forma. Algunos autores han detectado que las tasas de suicidio consumado masculino son marcadamente más altas entre las personas mayores que otros grupos de edad, mientras que los suicidios consumados femeninos tienden a no variar mucho con la edad (Nock et al., 2008). Sin embargo, parece ser que en las tentativas suicidas sí varían la edad en el caso de mujeres, fundamentalmente cuando se acompaña por

otras variables que pudieran modular la gravedad del intento de suicidio, como son los diversos acontecimientos estresantes a lo largo de su ciclo vital (maternidad, menopausia, proyecto profesional de hijos, muerte de hijos, ruptura de pareja, soledad, ingresos económicos entre los más destacados) y el estado civil (viudedad y divorcio) (Liu y Miller, 2014; Méndez-Bustos, López-Castroman, Baca-García, Ceverino, 2013).

2.3. Estado civil y tentativas suicidas

Se ha encontrado que el estado civil tiene cierta influencia sobre el suicidio consumado, aunque no está muy claro cuál es el estado civil asociado con un mayor riesgo de tentativa suicida (Sánchez-Teruel, 2012). Así, algunos estudios plantean que personas separadas o divorciadas tienen mayor riesgo de realizar una tentativa (Jiménez-Treviño et al., 2012), mientras que en otros estudios se plantea que son las personas solteras las de mayor riesgo (España y Fernández, 2010) o incluso que no existe influencia alguna del estado civil sobre la tentativa de suicidio (Kovess-Masfety et al., 2011) o que esta modulada por otros factores demográficos como la edad y el sexo o factores sociales como el país o la cultura (Méndez-Bustos et al., 2013). Lo que sí parece claro, según la literatura especializada sobre este tema, es que el tener pareja se puede contemplar como un factor protector de la tentativa, puesto que informa de bajas tasas de muertes por suicidio en estas subpoblaciones concretas (Liu y Miller, 2014).

3. VARIABLES BIOPSIICOSOCIALES QUE MODULAN LAS TENTATIVAS SUICIDAS

La literatura científica ha mostrado que la conducta suicida viene determinada por la interacción de variables biológicas, psicosociales y culturales (López-Castroman et al., 2015b; Nock et al., 2008). Entre estas variables se podrían incluir algunos factores biológicos (como la historia familiar de suicidio o las alteraciones neurológicas

entre otras), algunos factores sociales y culturales (como la situación económica, el desempleo o la religión), también los trastornos psicológicos y determinadas situaciones adversas o estresantes modulan en mayor medida la realización de una tentativa de suicidio. De ahí, la importancia de analizar, a lo largo de los siguientes apartados, cada uno de estos aspectos dentro de esta conducta de riesgo.

3.1. Factores biológicos asociados a la tentativa suicida

Un número creciente de estudios ha identificado la historia familiar de suicidio como un factor de riesgo, tanto para el intento como para el suicidio consumado (Astudillo et al., 2007; Brent, Bridge, Johnson y Connolly, 1996; Johnson, Brent, Bridge y Connolly, 1998; Runeson, 1998). Los resultados de estas investigaciones proponen además que una historia familiar con algún intento de suicidio puede actuar como factor de vulnerabilidad que aumenta los riesgos de intento suicida (Fergusson et al, 2003; Mann et al., 2001). En la misma línea, se ofrecen datos de algunas investigaciones que han encontrado mayor vulnerabilidad ante conductas suicidas de familiares y amigos de personas que se han suicidado (Krysinska, 2003), aunque todavía no está muy claro en estos últimos casos si se debe a la imitación de conductas o a la predisposición genética.

A pesar de los enormes esfuerzos realizados y de la gran cantidad de investigaciones llevadas a cabo para dilucidar las bases neurobiológicas de la conducta suicida, parece ser que, al menos hasta el momento, sólo se han encontrado dos genes que predisponen a esta respuesta. Por un lado, un gen que se encarga de la codificación de la triptófano hidroxilasa (TPH1 A218C) y, por otro lado, un gen que se encarga del transporte de la serotonina (5-HTTLPR) (Bondy, Buettner, y Zill, 2006; Gunnell, Saperia y Ashby, 2005). Hay sin embargo otros estudios que no parecen apoyar la importancia que dichos genes tienen en el comportamiento suicida (Currier y Mann, 2008).

Otros autores plantean que existe una clara evidencia de la influencia de tres sistemas neurobiológicos como determinantes en la fisiopatología de la conducta suicida (Dunn y Swiergiel, 2008; Makhija y Sher, 2007; Mann, 2003; Sher, 2007; Van Heeringen, 2003). Estos son la hiperactividad del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, la disfunción del sistema serotoninérgico y la actividad excesiva del sistema noradrenérgico. Mientras que el primero y el último sistema parecen estar implicados en la respuesta ante acontecimientos estresantes (Dunn y Swiergiel, 2008), la disfunción del sistema serotoninérgico se considera asociada con trastornos relacionados con la regulación de la ansiedad, la impulsividad y la agresión (Mann, 2003; Van Heeringen, 2003). Con respecto a esto último, algunos estudios han demostrado que los receptores de la serotonina se relacionan con los comportamientos suicidas, al existir un funcionamiento inadecuado de uno de los receptores serotoninérgicos (5HT_{2A}), existiendo además diferencias de activación de este receptor en diversas zonas específicas del cerebro moderadas por el sexo (Anisman et al., 2008).

Es bien conocida la influencia de la amígdala y el sistema límbico en la regulación de las emociones, fundamentalmente en el proceso de encendido (*bottom-up drive*) de la impulsividad-agresividad (Siever, 2008). Y también se conoce ampliamente el papel que juegan la corteza prefrontal orbital y el giro cingulado anterior en el proceso de apagado o inhibición (*top-down brakes*) de la conducta impulsiva-agresiva a través del descenso en la actividad de la amígdala (Siever, 2008; Terao, 2008). De hecho, algunos estudios anteriores a los citados parecen mostrar que la ingesta de litio presenta una influencia directa sobre la corteza prefrontal orbital y en el giro cingulado anterior, inhibiendo (*top-down brakes*) la conducta impulsiva-agresiva a través del descenso de la actividad de la amígdala (Brambilla et al., 2004; Doris, Belton, Ebmeier, Glabus y Marshall, 2004; Mann, 2003; Tondo, Hennen y Baldessarini, 2001). Además, investigaciones más recientes (Monkul et al., 2007; Terao, 2008; Young, 2009) realizadas con personas sanas y con pacientes con trastorno bipolar que

eran tratados con litio han demostrado igualmente que la ingesta en el agua corriente de dicho psicofármaco reducía la tasa de comportamientos suicidas. Todos estos hallazgos parecen apoyar por tanto la influencia neurobiológica de estas estructuras cerebrales en la conducta suicida, tal vez en parte por la mejora de la actividad serotoninérgica (Carballo et al., 2009; Pompili et al., 2010; Siever, 2008).

Otras investigaciones de carácter forense llaman la atención asimismo sobre este aspecto: parece ser que la amígdala y el córtex frontal de personas que se han suicidado son químicamente distintos de los que han muerto por otras causas (Anisman et al., 2008; Oquendo et al., 2003; McGowan et al., 2008; Poulter et al., 2008). En el estudio de Poulter et al. (2008) se analizó el tejido cerebral de 20 fallecidos por suicidio y se encontró un mayor nivel de un determinado proceso químico cerebral (llamado metilación), que repercute negativamente en la conducta de personas con depresión severa y que fueron víctimas de suicidio. Estos autores encontraron que el ADN del grupo de suicidas estaba químicamente modificado por el proceso de metilación. En suicidas, el índice de metilación fue casi diez veces mayor que en el grupo control y el gen que se estaba viendo afectado en las células es un receptor de mensajes químicos que juega un papel principal en la regulación de la conducta. También aporta la misma evidencia en suicidas post-mortem el estudio de McGowan et al. (2008). Esta vez se detectó que el proceso de metilación debido a factores epigenéticos se producía en el ácido ribonucléico ribosómico (rRNA). Todas estas observaciones sugieren que los mecanismos epigenéticos (combinación de factores genéticos y ambientales) pueden estar asociados con la expresión de los genes alterados en el suicidio, existiendo una predisposición genética o neurobiológica que posteriormente determinados factores ambientales activaría (McGowan et al., 2008; Poulter et al., 2008).

Por último, otros estudios sobre el suicidio alertan sobre la necesidad de plantear modelos más eclécticos para la explicación de la multidimensionalidad de los

factores de riesgo de la tentativa y del suicidio consumado (Carballo et al., 2009; Mann et al., 2009; Wasserman, Terenius, Wasserman y Sokolowski, 2010). Estas investigaciones informan de que la tentativa y el suicidio consumado pueden estar determinadas por una serie de factores de riesgo (clínicos, neurobiológicos, neurocognitivos, genéticos, de comportamiento y rasgos de la personalidad), considerados como endofenotipos (Gottesman y Gould, 2003), y que podrían constituir la expresión de la vulnerabilidad epigenética de una persona a presentar una tentativa o conducta suicida. Los endofenotipos que más apoyo reciben por parte de la literatura científica son los rasgos impulsivos-agresivos, el inicio precoz de una depresión mayor, las alteraciones neurocognitivas, la realización de una tentativa previa y un mayor nivel de cortisol ante situaciones sociales estresantes (Giner et al., 2014; López-Castroman et al., 2015a; Manderscheid et al. 2010; Mann et al., 2009; Wasserman et al., 2010).

3.2. Trastornos psicológicos asociados con la tentativa suicida

Una de las variables que más se ha relacionado con el riesgo de suicidio es la presencia de algún trastorno psicopatológico previo y activo hasta el punto de que, en estudios epidemiológicos realizados en adultos, se ha encontrado que más del 90% de las personas que habían consumado el suicidio padecía algún tipo de trastorno mental (Fleischmann, 2008; WHO, 2013). La prevalencia de este tipo de trastornos en el riesgo suicida no es similar en todos los países, por ejemplo en Corea del Sur, la India o en China es entre un 40% y un 60% (Parque, Soo-Im y Strother-Ratcliff, 2014; Phillips et al., 2002; Radhakrishnan y Andrade, 2012; Tong y Phillips, 2010), lo que sugiere que los aspectos culturales tienen una trascendencia clave en el riesgo de suicidio, pudiendo ser más relevantes que los trastornos mentales (Lopez-Castroman et al., 2015b).

Algunas administraciones sanitarias internacionales plantean que los trastornos del estado de ánimo y los trastornos debido al abuso del alcohol producen tasas muy

altas de suicidio consumado, aunque empiezan a alertar de la modulación de variables socio-culturales en esta conducta (WHO, 2014). La tasa anual de suicidio en los pacientes con trastorno del estado de ánimo es de 20 a 40 veces mayor que en la población general y en los grandes estudios epidemiológicos se constata que una de cada dos personas que consuman el suicidio parece presentar un trastorno depresivo, de manera que éste, junto con las tentativas previas, es uno de los factores de riesgo suicida más determinante (Lopez-Castroman et al., 2015b; N.I.M.H., 2001; Ubaldo y Pérez, 2010). Sin embargo, parece ser que en población clínica no todas las fases del suicidio vienen determinadas por la presencia de trastornos depresivos (Gradus et al., 2010a). En esta línea, otras investigaciones han demostrado que los trastornos del estado de ánimo eran buenos predictores de la ideación suicida, pero no de los planes o intentos de suicidio, necesitando fuertes estados de ansiedad (agitación) y un inadecuado control de impulsos para la realización de un intento (Gradus et al., 2010b; Kilbane et al., 2009; Nock et al., 2009; Swann et al., 2009). Esta hipótesis también es apoyada por resultados de un estudio con población no clínica realizado en 21 países, en el que se ha demostrado que si una persona tiene ideación y ha realizado un intento previo no planificado (impulsivo) existe un riesgo muy alto de realizar otra tentativa suicida (impulsiva) a lo largo de los 12 meses posteriores (Borges et al., 2010). Estos resultados plantean que resistir la tentación de realizar un intento de suicidio tras 12 meses con ideación disminuye el nivel de riesgo de tentativa futura cuando la ideación regresa.

En relación con los trastornos de la personalidad, los datos parecen indicar que los componentes de impulsividad e inestabilidad afectiva son los factores que más correlacionan con conductas autolesivas y tentativas suicidas (Hawton y Van Heeringen, 2009; Swann et al., 2009; Yen et al., 2004). Dentro de los trastornos de personalidad el más frecuente en la población es el trastorno límite de la personalidad, donde además se detecta la mayor tasa de intentos de todo el grupo, siendo frecuentes en personas con este trastorno las automutilaciones (Oumaya et al., 2008;

Urnes, 2009). Otros estudios también plantean que los trastornos de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo presentan niveles altos de prevalencia de intentos suicidas no letales, independientemente de la presencia o ausencia de otros trastornos como la depresión (Diaconu y Turecki, 2009). También ciertas investigaciones muestran que los trastornos de personalidad presentan un aumento del riesgo de intentos repetidos de suicidio no letales (lesiones autoinfligidas y tentativas repetidas) en mayor medida que otros trastornos psicológicos (Beghi y Rosenbaum, 2010).

Por otro lado, también existen estudios que plantean que son los trastornos de conducta, el trastorno límite de la personalidad, las adicciones y los trastornos de ansiedad los más predictivos de las tentativas suicidas (Borges et al., 2010; Zimmerman et al., 2014), siendo los últimos trastornos los más predictivos para las tentativas suicidas repetidas (Lopez-Castroman et al., 2011).

La influencia de los factores estresantes en la vida de una persona han ocupado un lugar destacado en varias teorías etiológicas del suicidio consumado o de alguna de sus fases (por ejemplo, Hawton et al., 2012; Joiner, 2005; Mann, Wateraux, Haas y Malone, 1999; Mann et al., 2005; O'Connor et al., 2012 y Wenzel y Beck, 2008). Sin embargo, parece ser que existe cierta discrepancia en la literatura científica sobre los factores adversos o estresantes más proclives a producir un mayor riesgo de conductas suicidas (Liu y Miller, 2014).

Algunos estudios plantean que en población general sí existe una asociación significativa entre los acontecimientos estresantes y la tentativa suicida (Borges et al., 2008; Nruham et al., 2010) y otros parecen concluir que no existe dicha asociación (Kirmayer et al., 1998; Wong et al., 2008). Esta discrepancia en los resultados obtenidos podría estar determinada por deficiencias metodológicas, como el momento en el que se produce la evaluación de los acontecimientos adversos o estresantes (Kirmayer et al., 1998) o el tipo de instrumento de evaluación utilizado (autoinforme)

para la medición de las situaciones adversas (Wong et al., 2008). Sin embargo, si se utilizan conjuntamente medidas de autoinforme y entrevistas y se miden los acontecimientos adversos o estresantes referidos a los últimos 6 o 12 meses antes de la evaluación, los resultados obtenidos indican una relación positiva más consistente (Stein et al., 2010; Vázquez, Panadero y Rincón, 2010).

Por otra parte, los estudios sobre situaciones adversas en población clínica, con personas que han realizado una tentativa suicida previa parecen mostrar una fuerte asociación positiva entre la situación adversa vivida y la realización de una tentativa de suicidio, no explicándose mejor esta asociación por la psicopatología concurrente (Arie et al., 2008; Azorín et al., 2009; Yen et al., 2005). De hecho, cada vez hay más pruebas de que la tentativa suicida existe independientemente de los principales trastornos psicopatológicos (Blasco-Fontecilla et al., 2012; Mann, Brent y Arango, 2001). Por lo tanto, la valoración de los acontecimientos vitales estresantes referidos a los últimos 6 o 12 meses tras una tentativa suicida parece ser capaz de predecir las tentativas futuras, no existiendo esta influencia si el acontecimiento estresante o adverso se produce en otros momentos de la vida de la persona (Liu y Miller, 2014; Wood y Bhatnagar, 2015).

Para finalizar, otros estudios informan de que presentar determinadas enfermedades físicas de carácter crónico (como asma, cáncer, fibromialgia, VIH, demencias, etc.) también aumenta la vulnerabilidad de sufrir tentativas suicidas (Clarke, Goodwin, Messias y Eaton, 2008; Dreyer, Kendall, Danneskiold-Samsøe, Bartels y Bliddal, 2010; Piqueras et al., 2008). Así pues, tomados en conjunto, los resultados expuestos ponen de manifiesto la importancia de considerar las condiciones psicológicas y el impacto que la enfermedad física puede tener en todos los aspectos de la vida del individuo, así como la contribución fundamental que la Psicología puede jugar en la mejoría o empeoramiento de determinadas enfermedades médicas (Harth et al., 2009; Ramos, Rivero, Piqueras, García y Oblitas, 2008). Este hecho viene

demostrado por la importancia de algunos factores protectores (que se analizarán en capítulos posteriores de esta Tesis) en el curso favorable o desfavorable de determinadas enfermedades físicas, y en cómo estos factores protectores pueden modular el impacto de determinados acontecimientos adversos o estresantes para minimizar la probabilidad de ocurrencia de trastornos psicológicos y resultados negativos como la tentativa de suicidio.

3.3. Factores sociales y culturales que modulan las tentativas suicidas

En las últimas décadas ha surgido una base teórica, empíricamente validada, en la que se empieza a valorar el funcionamiento positivo, incluyendo un sentido de bienestar y esperanza, como clave para la protección ante trastornos psicológicos y dificultades emocionales (Piqueras et al., 2008; Pritchard y Hean, 2008, Seligman, 1998). Uno de los precursores, a partir de la década de 1950 y conocido como el "movimiento de los indicadores sociales", se refería a la importancia de los factores económicos y la calidad de vida como conceptos base del bienestar emocional (Land, 1975).

Las altas tasas de suicidio en los países más industrializados en los que también existe una mayor renta per cápita, informan de que el nivel económico de los países no disminuye la conducta suicida (Ome, Eferakeya y Edijana, 2005). Muy al contrario, las mayores tasas de suicidio a nivel mundial se producen en el Norte de Europa, Japón, Australia, EEUU y Canadá, y ahora también en economías emergentes como Corea del Sur, China y Brasil (Oliveira y Buriola, 2009; Piacheski de Abreu, Dias da Silva, Kohlrausch y Fachinelli, 2010; Yip et al 2008; Zhang et al., 2009). Algunos autores ya alertaban que el empeoramiento de las condiciones personales (pérdida de trabajo, la ejecución de una hipoteca o la incertidumbre financiera) en estas economías es lo que podría estar asociado a las altas tasas de suicidio (tentativa y consumado) por comorbilidad con otros factores de riesgo, como depresión, ansiedad, violencia y

consumo nocivo de alcohol (Gunnell, 2000; Platt y Kreitman, 1990). En consecuencia, las recesiones económicas, que se relacionan con situaciones personales de adversidad por la pérdida de trabajo o por pérdidas financieras, pueden estar asociadas con un alto riesgo individual de suicidio (Kposowa, 2001; Welch, 2001).

En la misma línea, algunas investigaciones han mostrado que el desempleo y la precariedad laboral correlacionan positivamente con las conductas suicidas (García-Valencia et al., 2008; Inouea et al., 2010; Jia-In et al., 2010). La naturaleza de dichas relaciones es seguramente muy compleja, pudiendo ser el desempleo una variable moduladora que incida en otras situaciones como la desestructuración familiar, la escasez de redes sociales, la pobreza y/o los trastornos psicológicos, que podrían ser los detonantes del incremento de suicidios consumados o de las tentativas suicidas (Biddle et al., 2008; Hibbard y Pope, 1992; Preti y Miotto, 2000; Szadoczky, Vitrai, Rihmer y Fueredi, 2000; Taborda y Téllez-Vargas, 2010).

En relación con el desempleo, estudios anteriores al inicio de la crisis mundial (2008) ya informaron sobre cómo la situación socio-económica influía de forma decisiva en el suicidio consumado (Chen, Chou, Lai y Lee, 2010). De hecho, los resultados de algunos estudios posteriores, en 54 países, han permitido conocer que después de la crisis económica mundial del año 2008 las tasas de suicidio consumado aumentaron en los países europeos y americanos estudiados en comparación con el número esperado en base a las tendencias anteriores (2000-2007), sobre todo en hombres en comparación con mujeres y en aquellos países donde se produjo una mayor destrucción de empleo por la crisis (Chang, Stuckler, Yip y Gunnell, 2013; Stuckler y Basu, 2013). En esta línea, otros estudios plantearon también que el desempleo tiene una influencia decisiva sobre las tasas de suicidio consumado, sobre todo en países desarrollados o en vías de desarrollo (Blasco-Fontecilla et al., 2012; Chang et al., 2013; Piacheski et al., 2010).

Asimismo, el desempleo es un factor que tiene gran importancia en países como Grecia y España, que presenta una de las tasas de paro y contratación temporal más altas de la Unión Europea (Eurostat, 2015). De hecho, resultados recientes sobre el impacto de la crisis económica en España han mostrado un repunte del número de tentativas y suicidios consumados, sobre todo en aquellas zonas con mayor nivel de desempleo (Álvaro-Meca et al., 2013; López-Bernal, Gasparrini, Artundo, McKee, 2013).

Por último, parece ser que la pérdida reciente del empleo constituye un factor de riesgo más importante para el intento suicida que una situación de desempleo más larga (Nordentoft, 2007; Platt y Kreitman, 1990; Taborda y Téllez-Vargas, 2010), al contrario de lo que plantean algunos meta-análisis, que refieren que situaciones de desempleo más largas (entre 5 y 16 años) provocan mayor número de tentativas y mayor riesgo de muerte por suicidio (Milner, Page y LaMontagne, 2013). En esta línea, resultados recientes han encontrado que el desempleo parece estar modulada por factores psicosociales, como el sexo, la edad o los trastornos psicológicos activos, o por factores estructurales, como el grado de protección social y sanitaria para desempleados (Córdoba-Doña et al., 2014; Milner et al., 2014).

Por otro lado, también se ha encontrado que la religión es un factor fundamental para la protección ante conductas suicidas (Dervic et al., 2004; Manzo 2005; Molock, Puri, Matlin y Barksdale. 2006; Walker et al., 2006). Durkheim (1897; 2003), en su clásico estudio sobre el suicidio, plantea que la religión resulta ser un factor que determina distintas formas de integración y protección a sus fieles, siendo la religión judía la que, por el tipo de comunidad que genera, proporciona más protección al individuo. En línea con los planteamientos de Durkheim (1897; 2003), un estudio realizado con jóvenes en 314 barrios de Estados Unidos, ha mostrado que la alta religiosidad (judía, católica y protestante) producía un decremento en la tasa de trastornos del estado de ánimo y en la realización de tentativas suicidas (Maimon y

Khul, 2008). Por otro lado, la fuerte influencia católica en Hispanoamérica, que opera en los países caribeños y de América del Sur podría explicar las bajas tasas de muerte por suicidio en el subcontinente y en el Caribe, por ser la práctica de la religión un resultado elegido ante situaciones adversas y estresantes, que promueve factores protectores como esperanza (Colucci y Martin, 2008).

No obstante, otras investigaciones apuntan a la posibilidad de que la asociación entre la religión y el suicidio esté influenciada a su vez por otras variables como el sexo (McLean et al., 2008), o por problemas metodológicos, debido a la escasa comparativa entre países con diferentes creencias religiosas (Colucci y Martín, 2008), o se deba a que las creencias religiosas de las autoridades sanitarias influyan sobre la notificación de tentativas o suicidios consumados en sus países o en la explicación dichos comportamientos (Knizek et al. 2008; Pritchard y Hean, 2008) o también pueda ser debido a que esta variable influye de forma diversa según si se analiza el suicidio consumado o la tentativa suicida, puesto que en muchas religiones como la islámica y judía el suicidio consumado está prohibido (Al-Sharifi, Krynicky y Upthegrove 2015).

Respecto a la influencia de la religión sobre la tentativa suicida, un estudio transcultural pionero ha sido el realizado por Sisask et al. (2010). En éste se ha analizado la influencia de la religiosidad en diversos países del mundo donde se profesan la religión católica, la islámica, la hinduista y/o la protestante, encontrando que la religiosidad (entendida como que la persona se autodenomina religiosa) podría considerarse como un factor que fomenta la resiliencia ante las tentativas suicidas en diversas culturas.

Durante décadas, los investigadores han explorado la influencia de la cultura en la salud (Asuni, 1967; Durkheim, 1897). Aunque se ha realizado un avance significativo en la comprensión de la relación entre cultura y salud, los responsables de realizar políticas de salud mental, así como los investigadores y proveedores de servicios, se

encuentran aún sobrepasados cuando se trata de desarrollar grandes sistemas de salud pública que cubran las necesidades de los individuos de entornos raciales y culturales diversos (Manzo, 2005; Pettingell et al., 2008; WFMH, 2006). Estudios de revisión han mostrado la tremenda influencia de variables culturales y étnicas en la tentativa de suicidio (Milner, Hjelmeland, Arensman y De Leo, 2013). De hecho, algunos estudios sobre la influencia de variables culturales realizada en 2.095 estadounidenses de origen asiático demostraron que la escasa solicitud de ayuda en fases iniciales del suicidio incrementó el riesgo en la realización de una tentativa de suicidio (Cheng et al., 2010). De igual manera, investigaciones en otras zonas del mundo (Nigeria, China, Pakistán, Malasia, Taiwán, Irán, Colombia y Estados Unidos), demuestran que la cultura y la religión modulan, en gran medida, la tentativa suicida (Agada et al., 2005; Khan y Hyder, 2006; Khan, Naqvi, Thaver y Prince, 2008; Lee et al., 2007; Morris y Maniam, 2001; Razaiean et al., 2008; Sánchez, Orejarena y Guzmán, 2004; Shropshire, Pearson, Joe, Romer y Canetto, 2008).

Pero la cultura no solo influye sobre la tentativa, puesto que datos ofrecidos por Eurostat (2009) demuestran grandes diferencias en las muertes por suicidio entre regiones europeas, lo que indica límites definidos, debidos a la influencia de factores sociales y culturales, que afectan a las diferentes formas de codificar las muertes por esta causa según país en la Europa de los 27.

Hay pocos actos individuales que tengan raíces tan profundas en la vida social como el suicidio (Durkheim, 2003). Esta conducta afecta a la persona que lo realiza, afecta a las personas de su círculo inmediato y también a la comunidad en la que la persona vive, no existiendo ninguna cultura en la que el suicidio no ocurra (Benedek, 2006). De hecho, se empieza a reconocer el papel de la cultura y la religión como factores que tienen gran influencia en los comportamientos suicidas, sobre todo por su capacidad para modular aspectos como la salud mental (incluyendo las formas de comunicación en las primeras fases de malestar y cómo manifiestan los síntomas y su

voluntad para buscar tratamiento), sus estilos de afrontamiento para arreglar situaciones adversas o estresantes y como los soportes familiares y comunitarios se convierten en moduladores del riesgo o la protección en la tentativa de suicidio (Pritchard y Amanullah, 2007; Pritchard y Hean, 2008; WHO, 2014).

También existe cierta interacción de la cultura con factores socio-demográficos como el sexo, la edad, las creencias respecto al suicidio o los métodos realizados para el intento (Melinder y Andersson, 2001). Algunos estudios realizados en la India detectan grandes diferencias relacionadas con la epidemiología del suicidio en comparación con occidente, debido a que este acto está muy mal visto en la cultura hindú. Por ejemplo, en este país el suicidio consumado es más frecuente que en el resto de países de su entorno; sin embargo, las tentativas suicidas son muy escasas y, además, son realizadas mucho más frecuentemente por hombres que por mujeres (Adityanjee, 1986; Manoranjitham y Jayakaran, 2006). Investigaciones en Estados Unidos, en las que se comparaban las creencias respecto al suicidio de jóvenes afroamericanos con jóvenes americanos de origen europeo, demostraron que la conducta suicida era justificada por los jóvenes afroamericanos por estar predestinada y no tanto por factores estresantes de la vida del individuo (Walker, Lester y Joe, 2006). Otras investigaciones llevadas a cabo con jóvenes indios americanos en Estados Unidos demostraron que determinados factores estructurales, como la cultura, pueden tener una influencia destacada en aspectos como el tipo de daño, mayor o menor, que se realizan a sí mismos, más aún que otras variables que históricamente han estado asociados con la tentativa suicida en este colectivo, como el consumo de alcohol o el desempleo (Pettingell et al., 2008). Por otro lado, el método utilizado para suicidarse y las emociones que justifican en cada comunidad la respuesta suicida están muy determinadas culturalmente, como demuestran algunos estudios realizados con jóvenes afroamericanos, indios e hispanoamericanos (García-Valencia et al., 2008; Pettingell et al., 2008; Shropshire et al., 2008). Las causas debidas a relaciones interpersonales (separaciones, rupturas de pareja o situaciones de índole similar)

parece que son utilizadas como excusa para un intento con mayor frecuencia en este tipo de comunidades que en culturas puramente anglosajonas, donde las principales causas son las relacionadas con factores económicos y laborales (Milner et al., 2013).

Todos estos resultados muestran la imperiosa de necesidad de plantear estudios sobre instrumentos de evaluación de la tentativa suicida, adaptados culturalmente en contexto y zonas geográficas concretas, puesto que los aspectos socio-demográficos, psicosociales y culturales interaccionan entre ellos para fomentar una fuerte variabilidad en las fases más peligrosas del suicidio (tentativa o suicidio consumado) convirtiendo a estas variables en factores de riesgo o de resiliencia ante las tentativas suicidas según país y zona de actuación sanitaria (Sánchez-Teruel, Muela-Martínez y García-León, 2015). Así, el conocimiento de estas diferencias es vital para ayudar a prevenir nuevos intentos de autolesión y muertes por suicidio consumado (Al-Sharifi, Krynicki y Upthegrove, 2015) y a poner en marcha intervenciones eficaces contra la tentativa de suicidio adaptadas a contextos y culturas concretas (Husain et al. 2011; Lopez-Castroman et al., 2015b).

CAPÍTULO 2:

LA RESILIENCIA

1. LA RESILIENCIA: ORÍGENES, CONCEPTO Y DESARROLLO

La resiliencia es una de las variables más estudiadas en la actualidad por las ciencias humanas, fundamentalmente por las implicaciones que tiene para la prevención y la promoción del desarrollo humano (Masten, 1999). El creciente interés que se ha ido otorgando a este concepto en la literatura científica ha venido determinado por los resultados ofrecidos por varios estudios clásicos que han indicado que existen personas que, habiendo sufrido circunstancias traumáticas tempranas (guerras, maltrato, abusos, negligencia parental o pobreza extrema), no desarrollan posteriormente problemas de salud mental o conductas desadaptativas (Garmezy, 1970; Werner et al., 1971).

En este contexto, algunos autores plantean que este proceso es habitual en los seres humanos y forma parte de un proceso normal de adaptación, donde el incremento de los factores de protección reduce los factores de riesgo (Masten, 2001). Otros estudios han reflejado casos de niños, jóvenes y adultos que, habiendo pasado por situaciones altamente estresantes o traumáticas, lograban salir adelante e incluso se percibían como más fuertes después de la exposición a dichas situaciones (Becoña, 2006; Vera, 2006). Siguiendo esta línea, otros autores mostraron que, si bien entre un 90% a un 100% de los afectados por hechos traumáticos y estresantes informaban de efectos negativos por lo ocurrido, también existía una minoría sustancial (entre un 30% y un 40%) sobre una mayoría (entre un 60% y un 80%) de los afectados, que señalaban además efectos positivos (Calhoun y Tedeschi, 2006; Vázquez, 2005). De hecho, los resultados ofrecidos por diversos estudios longitudinales sobre jóvenes que crecieron en condiciones de alto riesgo social, informan de que al menos un 50% y en ocasiones hasta un 70%, llegaron a ser socialmente capaces de integrarse en su contexto cultural (Cicchetti, 2003; Forés y Grané, 2008; Luthar, 2006). Asimismo, estos estudios no solamente sirvieron para identificar las características de estos jóvenes "resilientes", sino que documentaron las características positivas del ambiente familiar, escolar y de la comunidad, lo que facilitó el inicio de un importante cuerpo de

conocimiento posterior que sentaría las bases sobre los aspectos ecológicos que pueden fomentar la capacidad de resiliencia en las personas.

1.1. Contexto histórico: de la vulnerabilidad a la resiliencia

Aunque sus orígenes se remontan a los años 70 (Garmezy, 1970; Rutter, 1979; Werner et al., 1971), fue en los años 90 cuando se empezó a utilizar el término resiliencia en estudios científicos y captó el interés de investigadores y académicos (Garmezy y Masten, 1994). Los estudios pioneros de Emmy Werner sobre la infancia en Hawai (EE.UU.) (Werner et al., 1971; Werner y Smith, 1977), junto con los trabajos sobre vulnerabilidad e invulnerabilidad en niños con padres con esquizofrenia de Garmenzy (Garmezy, 1971, 1974) podrían considerarse destacados, porque mostraron que muchos de estos niños prosperaron a pesar de su exposición a situaciones de alto riesgo en diversos contextos, lo que llevó posteriormente a crecientes esfuerzos empíricos para entender las variaciones individuales en la respuesta a la adversidad (Rutter, 1979).

Werner et al. (1971) evaluaron a 698 recién nacidos en la isla Kauai en el archipiélago de Hawai. Posteriormente continuaron con el seguimiento de 201 de estos niños, que procedían de ambientes socio-familiares desfavorecidos y para los que se estimaba una futuro desarrollo psicosocial negativo. Casi treinta años después, estos autores descubrieron que 72 de estos 201 niños en riesgo llevaban una vida adaptada y normal, a pesar de no haber contado con ningún tipo de atención especial. Werner y Smith (1992) los denominaron resistentes al destino y a la característica común a todos ellos la denominaron “resiliencia”.

Los primeros estudios científicos sobre la resiliencia se realizaron en individuos con esquizofrenia (Masten et al., 1990). Las primeras investigaciones de los pacientes gravemente afectados se centraron principalmente en la comprensión de la conducta desadaptativa y el subgrupo de pacientes que mostraron patrones relativamente

adaptativos fueron considerados atípicos y proporcionaron poca atención (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). En los años 70 se descubrió que los pacientes con esquizofrenia, que mostraban, previamente al episodio psicótico, una adaptación adecuada en el ámbito psicosocial, presentaron posteriormente episodios menos graves y más espaciados de crisis psicóticas (Garmezy, 1970). A pesar de que los factores protectores referidos a esta enfermedad mental no era parte de la imagen descriptiva de estos esquizofrénicos atípicos, estos aspectos de la competencia social premórbida anterior a la primera crisis psicótica pueden ser vistos hoy como el pronóstico de trayectorias relativamente resilientes (Luthar, 1999).

Posteriormente, la investigación sobre la capacidad de recuperación tras experiencias vitales adversas fue ampliada para incluir múltiples condiciones negativas, tales como riesgos asociados a la desventaja socioeconómica (Garmezy, 1991, 1995; Rutter, 1979; Werner y Smith, 1982, 1992), la enfermedad mental de los padres (Masten y Coatsworth, 1995,1998), el maltrato infantil (Beeghly y Cicchetti, 1994; Cicchetti y Rogosch, 1997; Cicchetti, Rogosch, Lynch, y Holt, 1993; Moran y Eckenrode, 1992), la pobreza urbana y la violencia en la comunidad (Luthar, 1999; Richters y Martínez, 1993), las enfermedades crónicas (Wells y Schwebel, 1987) y los acontecimientos vitales catastróficos (O'Dougherty-Wright, Masten, Northwood, y Hubbard, 1997). Entre los eventos vitales adversos más estudiados se encontraban el divorcio de los padres y estresores traumáticos como el abuso o abandono y la guerra (Garmezy y Masten, 1994). La idea central de todo este cuerpo de investigación fue una búsqueda sistemática y constante de las fuerzas de protección, es decir, las que diferenciaban a los niños con perfiles de adaptación saludables de los que eran comparativamente menos ajustados en las mismas situaciones adversas (Cicchetti, 2003).

Fruto de toda esta investigación fue la búsqueda sistemática de las fuerzas de protección, es decir, aquellas que presentaban los niños con perfiles diferenciados de adaptación sanos de aquellos que eran comparativamente menos ajustados (Masten y

Garnezy, 1985). Esto originó todo un cuerpo de conocimiento centrado principalmente en las cualidades personales de los niños "resistentes" (Luthar y Zelazo, 2003).

1.2. Líneas de investigación derivadas de los primeros estudios

A continuación, se muestra de una forma más pormenorizada las diversas líneas de investigación planteadas anteriormente con respecto al estudio de la resiliencia y que coinciden con diversas generaciones de investigadores (Rutter, 1993; Uriarte, 2005):

En primer lugar, hay que mencionar los estudios iniciados por algunos autores sobre los factores de riesgo en la década de 1970. Estos factores evidenciaron las diferencias individuales en cuanto a la vulnerabilidad (Anthony, 1974; Anthony y Koupernik, 1974), sin embargo, empezaron a aparecer casos de sujetos invulnerables a pesar de vivir en entornos de riesgo psicosocial. Rutter (1979) y Werner et al. (1971) forman parte de una serie de precursores o primera generación de investigadores de la resiliencia que buscaban identificar los factores de riesgo y los factores protectores que habían posibilitado la adaptación de los niños expuestos tempranamente a situaciones adversas (Luthar, 2006). Estas investigaciones iniciales establecieron la búsqueda en torno a un modelo trídico donde se estudian tres grupos de factores protectores: los atributos personales, los aspectos relativos a la familia y las características del contexto donde están inmersos (Becoña, 2006). De este modo, las personas que sobrevivían a situaciones adversas y extremas sin apoyo eran consideradas como invencibles o invulnerables, como personas extraordinarias que habían nacido con un don para resistir a la adversidad. Esta primera generación de investigadores consideraba la resiliencia algo innato que se activaba solo ante situaciones adversas y que puede ser estudiado una vez que la persona se ha adaptado (Rutter, 1985; Werner, 1982). En otras palabras, sólo se puede etiquetar una persona de resiliente si ya ha habido adaptación; entonces, la investigación se centró en encontrar aquel conjunto de factores que podrían posibilitar esta adaptación. Además, la consideración de los mecanismos innatos y adquiridos en los procesos de vulnerabilidad e invulnerabilidad

propusieron, en el centro de interés, a los estudios sobre el temperamento (Garmenzy, 1971). El temperamento está presente en los tipos de apego madre e hijo, y no sólo en relación con la madre sino también con otros familiares y personas significativas. Este aspecto apoyaba la idea de que la resiliencia no era algo innato, puesto que dependía para su desarrollo de la existencia de personas significativas para el niño, lo que requería de la interacción con otros aspectos del medio. De ahí, que se empezara a contemplar la idea de que la personalidad resiliente estaba asociada con perfiles de temperamento y rasgos psicológicos como la autonomía o el propio control emocional, pero también con una actitud social positiva (Thomas y Chess, 1977). Este último hecho, junto con el análisis de las características de las personas resilientes, influyó notoriamente en el concepto de resiliencia y ésta pasó a considerarse en la década de los 80 como una capacidad de personalidad que podría cambiar si interactuaba con el medio y que podía ser aprendida (Werner y Smith, 1982).

Todos estos aspectos iniciaron una segunda línea de investigación en los años 80-90, como Michael Rutter (1985) y más tarde Edith Grotberg (1995), que entre otros, continúan preocupándose por descubrir aquellos factores que favorecen la resiliencia, pero ahora añaden una nueva vertiente con el estudio de la dinámica entre los distintos factores de riesgo y protección y como pueden ser promovida su interrelación (Grotberg, 1995; Masten, 1999; Vanistendael, 1994). En ésta segunda etapa, los investigadores empezaron a establecer diferencias individuales entre las personas dentro de la dimensión vulnerable-invulnerable, teniendo en cuenta tanto factores de riesgo, como mecanismos de protección de la resiliencia (Anthony, 1982). De hecho, respecto al concepto de invulnerabilidad, afirmaba Rutter (1985) que éste se presta a confusión porque la resistencia al estrés es relativa, no es estable en el tiempo, varía según la etapa evolutiva en la que tiene lugar y es variable también dependiendo del estímulo elicitor. Así, en la anterior generación de estudios se empleaba el término *resiliency* –como rasgo, con una concepción de tipo genetista– (Melillo y Suárez, 2008), pero en los años siguientes (80-90), este término fue sustituido por el de *resilience* (proceso, concepción interaccional) para evitar el error de

pensar que esta cualidad se entendiera como un rasgo estático, innato, propio sólo de personas consideradas invencibles o especiales (Kaplan, 1999). Así, *resiliency* es entendido como adjetivo, como el resultado de una persona que ha sobrevivido a una situación adversa. En cambio, *resilience* se contempla como la “causa” del resultado, es decir, un proceso que favorece un resultado y que requiere del entorno para su desarrollo. Dentro de esta concepción, Kobasa, Maddi y Kahn (1982), apoyándose en teorías sobre la competencia individual, propusieron un nuevo término denominado personalidad resistente o dureza-“*hardness*”, planteando que las personas que sufren un alto grado de estrés sin enfermar tienen una estructura de personalidad caracterizada por la entereza o la dureza. A partir de este momento, a la vista de que la resiliencia puede estimularse en todas las personas el interés de la investigación se centró en identificar los factores protectores/amortiguadores (internos y externos) frente al riesgo y el trauma (Masten, 2001). Además, en esta segunda línea de investigación, se produjo un cambio en la concepción de la resiliencia de rasgo a proceso y se fueron desarrollando diversos Modelos de resiliencia como el *Compensatorio*, el modelo de *Desafío* y el *Protector o de Inmunidad*, que apoyaban este pensamiento y que analizaban las formas en las que la persona interactuaba con la adversidad (Becoña, 2006; Fergus y Zimmerman, 2005). En concreto, y según Werner (2005) los supuestos fundamentales de cada modelo serían los siguientes: El *Modelo Compensatorio* plantea que los factores estresantes y los atributos individuales se combinan aditivamente en la predicción de una consecuencia, siendo así que un factor compensatorio neutraliza la exposición al riesgo. El *Modelo del Desafío* propone que el estrés es un potencial estimulador de competencia (cuando no es excesivo) y sería visto como un reto a superar por el individuo (como un entrenamiento), siendo la relación entre el estrés y la competencia curvilínea. El *Modelo protector o de Inmunidad* considera que existe una relación condicional entre factores de riesgo y factores protectores, donde algunos factores de protección podrían interactuar con otros de riesgo en la reducción de la probabilidad de un resultado negativo, y promover inmunidad a la persona a esos factores de riesgo. Sin embargo, un modelo diferente a los anteriores, incluye, no solo los factores de protección y riesgo, sino también los factores ecológicos o del contexto es el denominado como *Modelo*

ecológico-transaccional de Bronfenbrenner (1987). Este modelo es muy seguido en la actualidad porque, a diferencia de otros, plantea la importancia del contexto y de la cultura como variables moduladoras de la resiliencia, y también porque la entiende como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo se entremezclan en una relación ecológica, que le permite adaptarse a pesar de las situaciones adversas a las que continuamente se expone (Woolfolk, 2010). Los cuatro modelos anteriores explican cómo los factores de protección pueden alterar los efectos de la adversidad en el resultado final (Windle, 2011; Zolkoski y Bullock, 2012). En esta línea de trabajo, además de los mencionados, pueden incluirse aquí autores como Luthar, Cushing, Bernard, Bonnano, Masten o Kaplan (García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013).

Durante los diez primeros años del siglo XXI la investigación sobre resiliencia fue mucho más prolífica, surgiendo aquí una tercera generación de investigadores. Estos autores se empiezan a preocuparse en dilucidar cuáles son las dinámicas presentes en el proceso resiliente, con varios objetivos: centrarse en las diferencias individuales con respecto a la manera de evolucionar y enfrentarse a situaciones difíciles y poder replicar estas dinámicas en intervenciones o contextos similares. En este sentido, se hace necesario investigar la modulación entre los distintos factores de riesgo y los resilientes, y por otro lado, también estudian la elaboración de modelos que permitan promover la resiliencia de forma efectiva mediante programas de intervención (Luthar y Zelano, 2003). Algunos de los precursores de este cuerpo de investigación fueron los estudios originarios sobre el llamado locus de control, que demostraban que el sentimiento de control sobre los acontecimientos vitales puede favorecer conductas de evitación o de afrontamiento eficaz ante situaciones adversas (Rotter, 1966; 1975). Estudios posteriores ya hablaron sobre la autoestima y el sentimiento de autoeficacia como algunas de las características personales más relacionadas con la forma de afrontar el estrés y de perseverar en el logro de metas personales (Masten y Garmezy, 1985). Para estos autores, todas ellas son cualidades protectoras ante las adversidades, así como favorecedoras del equilibrio psicológico.

Además, este tercer grupo de investigadores iniciaron el desarrollo de medidas de evaluación de la resiliencia, para posibilitar la detección de intervenciones eficaces en procesos terapéuticos específicos para promover la resiliencia ante situaciones de riesgo (Masten, 2004; Benardm 2004). Estudios posteriores han intentado poner en marcha estas medidas para evaluar programas de intervención para el desarrollo de la resiliencia (Connor y Davidson, 2007; Cyrulnik, 2005). En esta línea, se debe tener en cuenta que el punto de partida para generar procesos de resiliencia según la concepción del momento era la interacción continua entre el individuo, la familia y la comunidad (Cyrulnik, 2009), lo que llevó a plantear una visión más sistémica de la resiliencia, basándose en las clásicas teorías de Bronfenbrenner (1987). Desde este nuevo punto de vista se consideraba la resiliencia como una delimitación de tres conjuntos de factores: (1) los atributos personales, (2) el ambiente familiar y (3) las características del ambiente socio-comunitario (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Werner y Smith, 1992). Así, se empezó a contemplar que la resiliencia era un proceso de carácter relativo, que dependía del equilibrio existente entre los factores internos y externos, aportando una especificidad contextual, es decir, se podría ser resiliente a unas situaciones y a otras no (Bonanno, 2004; Villalba, 2004). En este sentido, parece tomar fuerza la influencia de la cultura dentro del ámbito socio-comunitario para que se pueda promover un resultado resiliente, donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una ecológica relación recíproca, que permite a la persona adaptarse a pesar de la adversidad (Vanistendael, 2013; Wood y Bhatnagar, 2015; Woolfolk, 2010).

Nuevos estudios se añaden al cuerpo de investigación anterior sobre resiliencia que estaba más centrado en variables psicosociales (Masten, 2007; Masten y Obradovic, 2006). Debido al avance tecnológico dentro de las neurociencias se podría considerar que existe una cuarta generación de investigadores que empiezan a estudiar determinados correlatos neurobiológicos y genéticos de la resiliencia (Cabanyes, 2010; Rutter, 2012).

En esta línea, se han formulado diferentes hipótesis entre ellas destacan la propuesta por diversas investigaciones vinculando la resiliencia con la neuroplasticidad cerebral

(Cicchetti y Blender, 2006; Zanas y West, 2014) o aquellas otras que vinculan la resiliencia con la reorganización funcional del cerebro en respuesta a inputs ambientales/externos negativos o positivos (Panksepp, 2011) o los estudios referidos al epigenoma y las neuronas espejo que afianzan los postulados de la gran influencia del contexto social en las personas a través de la empatía, el aprendizaje por imitación y la conducta de ayuda a los demás (Rutter, 2012). Así, los datos disponibles actualmente sobre resiliencia sugieren la presencia de un sustrato neurobiológico, en gran medida de base genética, que correlaciona con rasgos de personalidad (algunos configurados por la vía del aprendizaje social) que proporcionan grados variables de resiliencia a los estresores ambientales y que tiene como consecuencia una cierta predisposición a desarrollar, según el tipo de estresor expuesto, o unos resultados resilientes o unos resultados psicopatológicos (Cabanyes, 2010; Quiceno y Vinaccia, 2011). Con todo, la investigación en este ámbito reclama múltiples niveles de análisis interdisciplinar, especialmente centrados en los procesos de interacción con el contexto (Kent, Davis y Reich, 2014; Zanas y West, 2014).

Finalmente, a lo largo de toda la literatura sobre resiliencia desde sus orígenes hasta los estudios más recientes, siempre se ha concluido la imperiosa necesidad de propiciar una mejor conceptualización del término resiliencia, conocer en profundidad los factores protectores y de riesgo que la constituyen, de promover instrumentos de evaluación adecuados, de plantear diferencias respecto a otros términos similares y de valorar la influencia de la interacción con el medio y la cultura en la que se desarrolla el individuo (Melillo y Ojeda, 2005; Vanistendael, 2013). Todo ello, con el objetivo de final de conseguir que la resiliencia se pueda transformar en un aspecto de interés para la promoción de la salud y el desarrollo personal en todo tipo de contextos y culturas (García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013).

1.3. Conceptualización de la resiliencia

El término resiliencia procede de la palabra latina “*resilio*”. Por un lado, significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Por otro, alude a la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997). Definir este constructo es tremendamente difícil, por las diversas conceptualizaciones que ha tenido a lo largo de su historia (Luthar y Cicchetti, 2000). Ha pasado de plantearse como un rasgo de personas excepcionales, a considerarse un rasgo de carácter innato, a entenderse como un proceso de interacción entre los factores protectores y de riesgo y finalmente a ser contemplado como un aspecto dinámico y contextualizado según tipo de situaciones adversas y culturas.

La resiliencia proviene de una fusión de ideas derivadas de múltiples disciplinas, como la física (Uriarte, 2005), la ingeniería civil (Tierney y Bruneau, 2007) y Ecología (Holling, 1973; Gunderson, 2009) y, más recientemente, las ciencias sociales y en particular a la Psicología (Artuch, 2013). Así, en la última edición del diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAEL, 2015) se plantean dos acepciones, una referida a la Psicología, definiendo la resiliencia como capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Y otra de la Mecánica, definiendo la resiliencia como capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación. En esta línea, Rutter (1985) tomó este término de la física, definiéndolo como la capacidad de un cuerpo de resistir, ser elástico, fuerte y no deformarse. Por ello, en las ciencias sociales se ha llegado a considerar que la resiliencia puede llegar a ser erróneamente equivalente a la “invulnerabilidad” (Anthony, 1974) y más acertadamente como resistencia al estrés (Garmezy, 1985) o resistencia a la adversidad (Rutter, 1990) o a lo que otros autores posteriormente han denominado fortalezas o crecimiento postraumático (Bonanno, 2004; Páez, Vázquez, Bosco, Gasparre, Iraurgi y Sezibera, 2011).

La resiliencia también se usa en la medicina, concretamente en la osteología, donde expresa la capacidad de los huesos de crecer en la dirección correcta después de una fractura (Garmenzy, 1971). Otros autores entienden por resiliencia la resistencia de un

cuerpo a la rotura por un golpe o la fragilidad de un cuerpo que decrece al aumentar la resistencia (Masten, 1999). También su apropiación por parte de organizaciones y asociaciones no gubernamentales es un ejemplo de cómo la resiliencia ha evolucionado de la teoría a la práctica, y de ahí a la política (Bahadur et al., 2010; Harris, 2011; Twigg, 2009), siendo usado el término incluso en situaciones de desastre y de reducción del riesgo de terremotos (Cutter et al., 2008).

A lo largo de los años la conceptualización de la resiliencia en Psicología ha sido muy diversa y heterogénea, lo que ha llevado a propiciar una inmensa diversidad de acepciones que han venido de la mano fundamentalmente de investigadores franceses y anglosajones (Sánchez-Teruel, 2009). Por una parte, el concepto que manejan los autores franceses relaciona la resiliencia con crecimiento postraumático, defiendan una perspectiva más centrada en lo psicoevolutivo (apego), y entienden la resiliencia como capacidad no solo de salir airoso de las adversidades, sino de aprender de ellas y mejorar, transformando tanto la propia forma de percibir y sentir el mundo, como de transformar el contexto en el que se desenvuelve la persona. Además de en Francia, en el resto de Europa se ha relacionado la resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático, al entenderla como capacidad de salir indemne de una experiencia adversa y utilizarla para aprender y mejorar (Lecomte, 2009; Manciaux 2003). Por otra parte el concepto de resiliencia manejado por autores norteamericanos es más restringido, y hace referencia exclusivamente al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona, enfrentada a un suceso adverso, a mantenerse intacta, diferenciándolo del concepto de crecimiento postraumático (Prince-Embury, 2013). En este caso, los autores anglosajones se centran en una perspectiva más individual. También, algunos autores latinoamericanos, como María Angélica Kotliarenco (1997) en Chile, Marco Villalta (2010) y Giselle Silva (1999) en Perú, o Melillo, Estamatti y Cuestas (2001) en Argentina, han estudiado el concepto, pero estos autores no asumen ni la línea anglosajona ni la línea europea, puesto que se centran sobre todo en aspectos comunitarios y sociales.

En esta línea, el desarrollo de la resiliencia en zonas del mundo diversas ha influido para incrementar la heterogeneidad del concepto de resiliencia (García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014a). De hecho, se va a intentar plantear diversas conceptualizaciones de este término según diversos autores para mostrar la tremenda variabilidad existente para definir la resiliencia, en unos casos como capacidad, en otros como proceso en interacción y en otros como un resultado favorable ante otros posibles desfavorables.

1.3.1. Resiliencia conceptualizada como capacidad

Algunos autores entienden la resiliencia como capacidad que tienen las personas para desarrollarse psicológicamente sanos a pesar de vivir en contextos de alto riesgo, como entornos de pobreza y familias problemáticas o situaciones de estrés prolongado (Avia y Vázquez, 1998; Garmenzy, 1991; Rutter, 1993). También otros autores la definen como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, incluso, ser transformado por ellas (Grotberg, 1995). Por eso se entiende que es una cualidad humana universal presente en todo tipo de situaciones difíciles y contextos desfavorecidos (guerra, violencia, desastres, maltratos, explotaciones, abusos), y sirve para hacerles frente y salir fortalecido e incluso transformado de la experiencia (Vanistaendel, y Lecomte 2002).

También otros autores entienden la resiliencia como dos componentes: por una parte, la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión, y por otra parte, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994). Este último aspecto difiere de otras concepciones del comportamiento resiliente según las cuales la persona resiliente se reserva la posibilidad de comportarse de forma “excepcional” cuando las circunstancias son excepcionales (Uriarte, 2005).

1.3.2. Resiliencia conceptualizada como un proceso en interacción

Otros autores entienden la resiliencia como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano (Rutter, 1993). La resiliencia puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando son muy pequeños (Osborn, 1994). La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida y construir sobre ellos (Suárez-Ojeda y Krauskopf, 1995).

También existen otras perspectivas más ecológicas que plantean que la resiliencia se refiere tanto a los individuos como a los grupos familiares o colectivos que son capaces de minimizar y sobreponerse a los efectos nocivos de las adversidades y los contextos desfavorecidos y deprivados socio-culturalmente, recuperándose tras haber sufrido experiencias notablemente traumáticas, en especial guerras o vivir en campos de refugiados (Werner, 2003). Según Berkes, Colding y Folke (2003), el concepto de resiliencia tiene tres características definitorias: la primera es la cantidad de cambio o transformaciones que un sistema complejo puede soportar manteniendo las mismas propiedades funcionales y estructurales, la segunda es el grado en el que el sistema es capaz de auto-organizarse y la tercera se refiere a la habilidad del sistema complejo para desarrollar e incrementar la capacidad de aprender, innovar y adaptarse.

1.3.3. Resiliencia conceptualizada como un resultado

Desde la perspectiva de los investigadores del trauma, la resiliencia se define como la adaptación efectiva después de las amenazas significativas a la integridad personal y física, sin desarrollar trastorno por estrés postraumático (Agaibi y Wilson, 2005; Bonanno, Galea, Bucciarelli y Vlahov, 2006; Hoge, Austin, Pollack, 2007). Sin embargo, se sugiere que la reducción de la definición de resiliencia sólo en la ausencia de trastorno de estrés postraumático puede llevar a las personas erróneamente a clasificarlas como resistentes,

puesto que pueden sufrir de un trastorno que no sea trastorno por estrés postraumático (Almedom y Glandon, 2007; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). Bonanno (2004) en su investigación respecto a la diferencia entre recuperación (*recovery*) y resiliencia hace una diferenciación que resulta de gran interés. La primera (*recuperación-recovery*) hace referencia al proceso por el que el funcionamiento normal de la persona da paso de forma temporal a una psicopatología umbral o subumbral para, después de varios meses, volver gradualmente a un nivel pre-evento. La resiliencia, por el contrario, se refleja en la capacidad para mantener un nivel de funcionamiento psicológico y físico estable y saludable tras la ocurrencia de un suceso estresante o traumático. Esta distinción es importante pues muchos teóricos del trauma consideran que las personas que no muestran distress ante pérdidas o eventos traumáticos reaccionan de una forma patológica, cuando en realidad estas personas pueden haber superado dicho trauma poniendo en marcha un proceso de ajuste adaptativo, saludable y positivo (López-Cepero, Fernández y Senin, 2009). De hecho, otras perspectivas plantean que los hechos traumáticos pueden producir efectos positivos en el ámbito personal tales como: a) crecimiento, aprender sobre las capacidades, habilidades y resistencia personal; b) aumentar y mejorar la sabiduría y el conocimiento sobre sí mismo y los demás; c) apreciar lo que se tiene y aprender las prioridades importantes en la vida, y d) crecer y desarrollarse espiritualmente (Bonanno, 2004; Vázquez, 2005).

Si un trauma o situación estresante puede empeorar la visión del mundo y de los otros también puede tener efectos positivos en las relaciones con los demás, como pueden ser (Salgado, 2005): a) reunir y acercar a la familia, b) cohesionar a la comunidad, haciéndolos sentirse más cerca; c) provocar una orientación más prosocial: ser más tolerante y compasivo con los otros, así como valorar el apoyo que estos ofrecen; y d) pensar que los demás pueden beneficiarse de tu experiencia. En esta línea, algunos autores han detectado una escasa prevalencia de los trastornos de estrés post-traumático (TEPT) tras los atentados del 11 de septiembre (11S) en Nueva York (Estados Unidos) y del 11 de marzo (11M) en Madrid (España) (Vázquez, 2005). Parece ser que los efectos de los atentados del 11S y del 11M, paralelos en muchos sentidos, tuvo un efecto menor en la población del esperado,

siendo probable que la idea errónea de que los seres humanos son vulnerables ante la adversidad esté en el origen de este prejuicio (Seligman, 1998; Bonnano, 2004). Como refiere el autor (Vázquez, 2005) y otros anteriormente (Avia y Vázquez, 1998; Masten, 1999) los seres humanos son básicamente resilientes ante la adversidad. Algunos de los factores que promueven la resiliencia en este tipo de situaciones (atentados terroristas) podrían ser: presencia de emociones positivas (por ejemplo, sensación de solidaridad, cohesión comunitaria, visión positiva de la naturaleza de los seres humanos, etc.) además de las negativas (dolor, pérdida, duelo, sentimiento de desesperanza por las víctimas, etc..) durante y después del trauma, así como la experiencia común de compartir recuerdos de esos días dramáticos. Todo ello puede tener un efecto de amortiguación del impacto del trauma (Linley, 2003). Como Brewin, Andrews y Valentine (2000) hallaron en su meta-análisis de los factores de riesgo en TEPT, los eventos vitales adversos y la falta de apoyo social posterior al trauma son los elementos de predicción más importantes para el desarrollo de este trastorno (Vázquez, 2006).

Dentro de esta perspectiva, la resiliencia como resultado no es contemplada como un estado inherente en el individuo, sino como la forma positiva y saludable de enfrentarse a la vida y a sus circunstancias (Luthar, 2003). Es un proceso de adaptación que se desarrolla progresivamente con el tiempo. Las personas resilientes no son inmunes a experimentar sufrimiento y tristeza ante las dificultades y acontecimientos, no están exentas de dolor (Luthar, 2006). Lo que las distingue de las personas que sufren estados postraumáticos es que saben sacar provecho de esas experiencias y conflictos, a medida que les van afectando, y se van tornando más fuertes emocionalmente ante los obstáculos, transformándose en mejores seres humanos.

Tras todo lo planteado, se podría decir que, aunque la resiliencia se ha considerado tradicionalmente como un atributo humano intrínseco y no modificable, la evidencia sugiere que puede ser tanto dinámica como entrenable (Connor y Zhang, 2006; Maddi et al., 2006), y además parece estar fuertemente influenciada por factores sociales externos que también

son modificables (Van-Kessel, 2013). De hecho, puede ser el resultado de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza de la situación, el contexto y la etapa de la vida, y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas o entornos (Carretero, 2010). Por lo tanto, la literatura reciente sobre resiliencia la concibe como una característica de aquellas personas o grupos que, a pesar de haber nacido o de vivir en situaciones de alto riesgo y/o sufrir situaciones adversas, se desarrollan psicológicamente sanos e incluso comienzan a poner en marcha habilidades y destrezas que no existían antes de la exposición al trauma (Artuch, 2013; Lee, Shen y Tran, 2009; Macedo et al., 2014; Norris, 2011; Páez et al., 2011; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2013).

2. CONCEPTOS DIFERENCIADORES DE LA RESILIENCIA

A lo largo de la literatura científica la resiliencia ha sido concebida bajo diversos prismas o incluso ha llegado a contemplarse como sinónimo de algunos otros aspectos del ser humano, como la invulnerabilidad (Luthar y Cicchetti, 2000; Masten, 2001), la competencia o hardiness (dureza) (Luthar, 2006; Prince-Embury, 2013) o la fuerza del yo (*Ego resiliency* y *ego strenght*) (Glantz y Johnson, 1999). Sin embargo, aunque estos aspectos tienen cierta relación con la resiliencia, no definen adecuadamente este constructo (Prince-Embury, 2013).

2.1. Resiliencia y competencia

Un concepto muy importante unido a la resiliencia es el de competencia (Luthar y Zelazo, 2003). La competencia, desde la perspectiva de la resiliencia, es un constructo que lleva a las personas a ejecutar o a realizar resultados resilientes (Braverman, 1999). En este contexto, se ha evaluado frecuentemente la competencia desde el punto de vista de la competencia social (ej., aceptación por los iguales) o desde las perspectivas del éxito laboral o del buen rendimiento en el ámbito académico.

La persona resiliente se caracteriza por ser competente y tener habilidades positivas para afrontar algunas situaciones adversas, aunque quizás no lo sea para todas. Así, se podría decir que la resiliencia es una disposición global y general que incluye otras competencias y habilidades más específicas. Según Luthar (1993), la competencia social es una de las características más importantes de las personas resilientes, porque les permite interactuar de manera positiva y eficaz en contextos diferentes. Las personas con buenas relaciones sociales obtienen refuerzos que elevan su autoestima y su bienestar, así como el apoyo para emprender nuevos retos.

La competencia se refiere también a la efectividad de las acciones de uno en el mundo y a un sentido personal de bienestar en diversas áreas de funcionamiento (Masten y Coatsworth, 1998; Weissbert, Capan y Harwood, 1991). A pesar de que el dominio en el que uno puede ser competente varía ampliamente (ejemplo: conductual, social, académico, desarrollo), el término suele implicar que un individuo ha demostrado una buena ejecución en una o más áreas y que continuará teniendo capacidad de éxito en el futuro (Masten y Coatsworth, 1998).

Para Luthar (2006), la competencia se diferencia de la resiliencia en que la resiliencia presupone riesgo, la competencia no; la resiliencia incluye tanto índices de ajuste positivos como negativos mientras que la competencia solo se centra en el ajuste positivo; los resultados de la resiliencia se definen en términos de índices emocionales y conductuales, mientras que la competencia habitualmente implica conductas manifiestas, observables; y, la resiliencia es un constructo más amplio que incluye aspectos de competencia (Becoña, 2006; Prince-Embury, 2013).

2.2. Resiliencia y vulnerabilidad

La vulnerabilidad se refiere al incremento de la probabilidad de ocurrencia de un resultado negativo tras la exposición al riesgo. La resiliencia se refiere más bien a evitar los problemas asociados con ser vulnerable (Uriarte, 2005). La invulnerabilidad se entiende como una cualidad estable de la persona que facilita la resistencia a la adversidad y le capacita para responder inmediatamente. La resiliencia, por su parte, implica una cualidad dinámica, que se crea y se modifica según la interacción entre persona-situación (Becoña, 2006).

En los inicios del estudio de la resiliencia (Anthony, 1974) se denominaba “invulnerables” a aquellas personas que tras un suceso adverso recuperaban su estado inicial o incluso se sentía fortalecidas. Este término es engañoso (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000), ya que implicaba que la evasión del riesgo era absoluta e inmutable. Como la investigación posterior ha demostrado, la adaptación positiva a la adversidad implica un avance en el desarrollo, de tal manera que las nuevas vulnerabilidades y/o fortalezas a menudo emergen con el cambio de circunstancias de la vida (Masten y Garmezy, 1985; Werner y Smith, 1982).

En la misma línea, otros autores han subrayado algunas diferencias entre invulnerabilidad y resiliencia (Rutter, 1993; Tomkiewicz, 2004; Uriarte, 2005). A diferencia del concepto de invulnerabilidad, la resiliencia nunca es una cualidad permanente y absoluta de las personas, puesto que puede variar según sea la edad o la situación adversa en la que se encuentre el individuo. Un mismo niño puede resistir a ciertos conflictos pero no a otros, de igual modo que en algún momento de su vida pudo ser resiliente y pasado el tiempo tal vez deje de serlo. De hecho, es improbable que una persona sea resiliente a todos los problemas o situaciones adversas, puesto que la propia percepción sobre dichas situaciones y la variabilidad de las mismas, implementan diferencias en su respuesta, y por tanto distintos resultados (Rutter, 2012; 2013).

2.3. Resiliencia y dureza

La dureza o *hardiness* ha sido definida como una característica de la personalidad que actúa como reforzadora de la resistencia al estrés (Bonanno, 2004). Es una combinación de rasgos personales, que tienen carácter adaptativo y se manifiestan en situaciones difíciles, e incluye el sentido del compromiso y del desafío y el control (Becoña, 2006; Bonanno, 2004; Rotter, 1975).

La dureza incluye además la sensación que tienen algunas personas de ser capaces de ejercer control sobre las propias circunstancias (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982). Así, Kobasa et al. (1982) describen experiencias de personas que han mostrado escasos síntomas de enfermedad, pese a haber estado sometidas a situaciones provocadoras de estrés. Señala que éstas muestran mayor cantidad de comportamientos comprometidos, mayor capacidad de control interno y de desafío, en comparación con otras personas, que se estresan con frecuencia y que se enferman, como consecuencia de ello, más repetidamente (Forés y Grané, 2008). Sin embargo, esta concepción implica aspectos más permanentes, que afectan negativamente a la propia conceptualización de resiliencia, lo que origina su diferencia (Bonanno, Westphal y Mancini, 2011; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2013).

2.4. Resiliencia y *Ego resiliency*

La *ego resiliency* fue acuñado como un rasgo relativamente global de la personalidad que muestra la mejor adaptación en la vida (Block y Block, 1980). Este aspecto expresa la fortaleza de carácter y la flexibilidad en el tipo de respuesta a las diversas circunstancias ambientales (Eisenberg, Spinard, Fabes, Raiser, Cumberland, Shepard et al., 2004). Aspectos clave de la *ego-resiliency* son: estar comprometido con el mundo, pero no subordinado a él y realizar una actuación integrada bajo estrés.

La *ego-resiliency* sería un rasgo de personalidad que estaría inmersa dentro de la resiliencia, como un posible predictor de ella (Luthar, 2006). En esta línea, se diferencia de la resiliencia en su carácter más estable y asociado exclusivamente a factores internos,

excluyendo todo los factores protectores contextuales y del ambiente. Esta concepción, como característica estable de la personalidad, se recoge en la escala The Ego-Resiliency Scale (ERS) creada por Block y Kremen (1996), y sigue utilizándose hoy día para evaluar resiliencia (Prince-Embury y Saklofske, 2013).

3. COMPONENTES Y FACTORES RESILIENTES

Los factores de protección hacen referencia a aquellas circunstancias que modifican o neutralizan los factores de riesgo para el desarrollo de ciertos trastornos, minimizando los posibles daños psicológicos y facilitando una adaptación exitosa al medio (Forés y Grané, 2008). De este modo, se considera que los factores de protección están presentes en el proceso de resiliencia, pero ésta no es simplemente un factor de protección (Angeler et al., 2013). Veamos a continuación los factores de protección y los factores de riesgo de la resiliencia.

3.1. Factores de riesgo en la resiliencia

Todos los factores de riesgo se contemplan como aquellos que podrían ser considerados adversos o negativos para el ser humano (Dent y Cameron, 2003). Así, entre éstos se contemplan la pobreza, las desestructuraciones familiares, el abuso de sustancias, la violencia y/o las enfermedades (Saavedra y Villalta, 2008). Algunos autores han contemplado que los factores de riesgo, al igual que los de protección, son de tipo individual (externo o interno) y de tipo ecológico o comunitario, combinándose para amenazar un desarrollo saludable y una evolución adaptativa (Urgar, 2012; Rutter, 2013). A continuación, se muestran (Tabla 1) los factores de riesgo generales sobre resiliencia más destacados en la literatura consultada.

Tabla 1.

Factores de riesgo ante la resiliencia

	Individual	Ecológico o Comunitario
Externos	Dificultad para relacionarse	Pobreza-No satisfacción de las necesidades básicas
	Fracaso escolar o bajo rendimiento	Falta de apoyo de redes sanitarias y sociales
	Falta de apoyo social	Inseguridad ciudadana y política
	Nulas actividades recreativas y de ocio	Guerra
	Desestructuración familiar	Clima escolar negativo o conflictivo
	Desempleo o empleo inestable	Catástrofes naturales
	Pertenecer a grupos con conductas de riesgo	Ser refugiado
	Experiencias intensas y adversas tempranas	
Internos	Baja capacidad de resolución de problemas	Analfabetismo
	Baja capacidad de decisión	Antecedentes familiares de enfermedad
	Ausencia de estrategias de afrontamiento	Empleo inestable de los padres
	Actitud pasiva ante la adversidad	Padres abusadores, maltrato, violencia
	Ausencia de sentido de la vida	Pertenencia a una cultura diferente
	Bajo autoconcepto	Vivir en barrios con escasos servicios comunitarios
	Escaso control de impulsos	Desarraigo
	Baja estabilidad emocional	No practicar ninguna religión
	Carencia de habilidades sociales	

Fuente: elaboración propia

3.2. Factores de protección en la resiliencia

Los estudios centrados en conocer las características y factores protectores de las personas que se comportan de manera resiliente señalan que estos provienen también de los dos ámbitos mencionados anteriormente: el personal (internos y externos) y el ecológico o comunitario (Kent, Davis, y Reich, 2014 Santibáñez y Martínez, 2013; Ungar, 2012). Los estudios planteados por Benito, Oudda, Benito, Lahera y Fernández (2010) sobre las víctimas del atentado del 11 de marzo en Madrid detectaron que los factores que producían un mayor nivel de resiliencia en estos pacientes fueron aquellos que estaban asociados con el entorno socio-familiar y el tratamiento recibido. En este caso un factor personal (externo) y uno comunitario. De hecho, estos autores detectaron que las personas que habían sufrido menos trastornos psicológicos tras los atentados del 11M eran aquellos donde existían unas fuertes redes de apoyo social de tipo emocional y había recibido tratamiento psicológico específico en situaciones de emergencias y catástrofes. Estudios de revisión recientes parecen mostrar que la intervención psicosocial tras una situación de emergencia o desastre

podría contemplarse como un tratamiento efectivo para incrementar la resiliencia (Sánchez-Teruel, 2012).

Como ya lo plantearon algunos autores, los mecanismos de protección y la formación de la resiliencia apuntan a procesos interactivos donde las variables intervinientes pueden modificar su valencia, importancia y significado (Garmenzy, 1974). Rutter (1993) señaló que a veces un factor de protección puede invertir su sentido y convertirse en un factor de riesgo y viceversa. Por ejemplo, separar a un niño de una familia que lo maltrata puede ser una acción protectora, pero si no se ofrecen otras soluciones, tal separación puede desencadenar nuevos problemas para el niño. Cuando un menor huye del hogar suele ser el inicio de una serie de conductas de riesgo, pero si el hogar es conflictivo puede inicialmente ser una acción protectora (García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013; Rutter, 2012).

El estudio de los factores protectores dentro del ámbito de la resiliencia general se plantea como verdaderamente arduo, puesto que depende de la población, del momento vital de esa población y del objetivo de la investigación (Rutter, 1990). Otro aspecto que ha dificultado su estudio es que algunos de los autores se han centrado solo y exclusivamente en factores protectores internos y otros autores en factores protectores externos (Tierney y Bruneau, 2007). Sin embargo, la mayoría suele mezclar ambos tipos de factores (internos o externos) indistintamente de si proceden de la propia persona o de su contexto (Santibáñez y Martínez, 2013). En esta línea, se van a plantear algunas propuestas de factores protectores en función de distintos autores y siguiendo un orden cronológico.

Kumpfer (1993) identificó 7 factores protectores que se adquieren en interacción con el medio. Estos son: optimismo, empatía, perspicacia, competencia intelectual, autoestima, dirección y determinación o perseverancia. Dentro de los factores de protección externos, otros autores como Wolin y Wolin (1993), establecieron 7 “Pilares de la resiliencia o mandala de la Resiliencia” (perspicacia, independencia, relación con los otros, iniciativa, creatividad, humor y moralidad), que son señalados frecuentemente en presentaciones e

investigaciones como factores tanto internos como externos. Los estudios de Benard (1991), sobre los factores protectores internos de niños y jóvenes en riesgo, señalaron la presencia de capacidades como competencia (capacidad de respuesta, flexibilidad, empatía, cuidado, habilidades de comunicación y sentido del humor); resolución de problemas (planificación, búsqueda de ayuda, pensamiento crítico y creativo), autonomía (sentido de la identidad, autoeficacia, autoconciencia, sensación de dominio y un alejamiento de los mensajes y condiciones negativas) y finalmente tener un sentido de propósito y la creencia en un futuro positivo (sentido de propósito, aspiraciones educativas, optimismo, fe y conexión espiritual). Kotliarenco (1997) manifestó que una personalidad resiliente se caracteriza por tener una autoestima consistente, una adecuada capacidad de introspección, independencia, capacidad para las relaciones, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y pensamiento crítico. Para Vanistendael (1997; 2013), son 5 las dimensiones resilientes destacadas: tener redes informales, sentido de la vida, autoestima positiva, presencia de aptitudes y destrezas, y sentido del humor.

Si continuamos avanzando en el tiempo, Masten (2004 y 2007) hace alusión a las habilidades de regulación cognitiva y emocional o autorregulación como se denomina actualmente (Lee, Cheung y Kwong, 2012) y la percepción de control como dos de los factores más importantes. Los estudios sobre el humor y la resiliencia planteados por Erickson y Feldstein (2007) muestran también la existencia de cuatro tipos de humor diferente en adolescentes tras aplicar un cuestionario sobre humor y diversos instrumentos sobre depresión, agresividad y ansiedad: humor afiliativo, humor de automejora, humor agresivo y humor autodestructivo. Los autores indicaron que los dos primeros son los que obtuvieron relación con la resiliencia, puesto que fortalecían las conexiones interpersonales y aliviaban las tensiones sociales, en cambio los otros dos se relacionaron con la depresión, la hostilidad y la ansiedad entre otros trastornos por su influencia en la disminución de las relaciones interpersonales.

Otros autores con una visión más comunitaria de la resiliencia (Ungar y Liebenberg, 2009) concluyeron, tras realizar un estudio sobre jóvenes y adultos en 11 países de cinco continentes, que existían cuatro tipos de factores protectores que contribuían en mayor medida al proceso resiliente: 1) Factores individuales: asertividad, capacidad para resolver problemas, autoconciencia, empatía, tener metas y aspiraciones y sentido del humor. 2) Factores de relación: modelos positivos, apoyo social percibido, expresión emocional, cuidado adecuado de los padres dentro de la familia y aceptación por parte del grupo de compañeros. 3) Contextos de la comunidad: evitar la exposición a la violencia en la familia y entre sus iguales, vivienda y puestos de trabajo cuando son mayores, acceso a la escuela y la educación, acceso a la información y a los recursos de aprendizaje y protección y seguridad. 4) Factores culturales: tolerancia ante diferentes ideologías o creencias, tener una filosofía de vida clara, identificación cultural y / o espiritual y estar conectado con sus raíces culturales.

Como ha podido comprobarse por lo expuesto, y al igual que ocurría con los factores de riesgo, también existe una inmensa heterogeneidad de factores protectores de la resiliencia. Así, basándose en las anteriores investigaciones se han planteado en la tabla 2 los siguientes factores protectores como los que en mayor medida se asocian a un desarrollo de la resiliencia (Rew y Horner, 2003; García y Días, 2007; Gardner, Dishion y Connell, 2008; Kumpfer y Summerhays, 2006; Aronwitz, 2005; Zolkoski y Bullock, 2012; Prince-Embury y Saklofske, 2013).

Tabla 2.

Factores protectores ante la resiliencia

	Individual	Ecológico o Comunitario
Externos	Buenos resultados educativos	Gobiernos estables
	Apoyo social de tipo emocional	Apoyos sanitarios y sociales establecidos y gratuitos
	Familia estructurada y estilos educativos	Existencia de organizaciones de participación comunitaria
	Relaciones positivas con los iguales	Clima estable
	Parentalidad positiva	
	Piden ayuda y saben cómo hacerlo (habilidades)	

	sociales)	
Internos	Autonomía	
	Capacidad de resolución de problemas	
	Humor	
	Optimismo	
	Percepción del control (locus interno)	Empleo estable (padres o individuos)
	Confianza	Tener oportunidades de participación comunitaria
	Autoestima positiva	Legislaciones educativas y de protección social
	Habilidades cognitivas (ej: creatividad)	Oportunidades educativas
	Empatía y Altruismo	
	Introspección/Identidad	
	Autorregulación	
	Autoeficacia	
	Esperanza	

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, y tras la valoración de los factores protectores y de riesgo expuestos anteriormente podemos concluir que para la existencia de resiliencia es necesaria la existencia de tres condiciones críticas:

- a) Crecer al encontrarse en una situación adversa (siempre subjetiva). El proceso evolutivo está constantemente lleno de situaciones adversas o negativas; sin embargo, es la interpretación que hagamos sobre ellas (mayor o menor valencia) la que provocará que los factores de protección y riesgo amortiguen el impacto (Goldstein, Brooks y DeVries, 2013).
- b) Disponer de factores de protección (internos y externos) que promuevan una interacción potenciadora y saludable
- c) Lograr una adaptación positiva a pesar de la experiencia de adversidad (competencia) y replantearse lo vivido para seguir un nuevo camino, asumiendo que nuevas situaciones adversas se avecinan (Neenan, 2010). No obstante lo anterior, hay algunas discrepancias según los autores. Mientras que algunos entienden que adaptarse en un contexto de adversidad significa, simplemente, obtener buenos resultados en circunstancias adversas (Fergus y Zimmerman, 2005; Masten y Reed, 2005), otros plantean que además es necesario un crecimiento posterior o mejora vital asociada a la ocurrencia del evento adverso (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

4. OTROS ASPECTOS QUE MODULAN LA VARIABILIDAD DE LA RESILIENCIA

Existen diversas variables demográficas y culturales que parecen modular asimismo el desarrollo de la resiliencia; nos estamos refiriendo en concreto a la edad y el sexo (Saavedra y Villalta, 2008; Grotberg, 2003; Sugden, Arseneault, Harrington, Moffitt, Williams y Caspi, 2010). Por ello, realizar estudios en relación a las características de las personas en función de la edad y el sexo favorece contextualizar la promoción de la resiliencia.

En este sentido, la literatura muestra como el sexo influye en el grado de resiliencia, así ser mujer es considerado como una variable protectora, mientras que ser hombre representa una mayor vulnerabilidad (González-Arratia y Valdez-Medina, 2006; Vera, 2006). Sin embargo, otros estudios plantean que esta variabilidad sexual en el desarrollo de la resiliencia viene determinada más por el tipo de acontecimiento estresante o adverso al que se exponga la persona, que su sexo (Werner, 2013). Por último, recientes estudios neurobiológicos han detectado que el sistema neuroendocrino y su interacción con el medio ambiente a lo largo del proceso de desarrollo evolutivo se contemplan como organizadores de un marco epigenético que determina el riesgo y la resistencia a sufrir determinadas enfermedades mentales y no tanto la diferenciación sexual (Kigar y Auger, 2015).

Respecto a la edad, parece existir una importante modulación en el desarrollo de la resiliencia, no tanto por el efecto de esta variable, sino por la interpretación y afectación emocional de las situaciones adversas en las diferentes etapas etarias del ser humano (Berry et al., 2013; Biehal, 2005 Zolkoski y Bullock, 2012). Este aspecto parece ser además confirmado por estudios neurobiológicos que muestran que el abuso sexual en la infancia en niños entre 3 y 5 años de edad está asociado con una reducción del volumen del hipocampo, mientras que el abuso entre las edades de 14 y 16 años se relaciona con una reducción del volumen de la materia gris en la corteza frontal (Andersen y Teicher, 2008). Otros estudios clínicos y experimentales en modelos animales apoyan la hipótesis de que las experiencias

adversas tempranas pueden inducir "cicatrices" funcionales en la corteza prefrontal y áreas del sistema límbico, regiones que son esenciales para el control emocional, el aprendizaje y las funciones de memoria. Sin embargo, la investigación más reciente plantea que la intensidad de esas experiencias adversas tempranas fomenta adaptaciones funcionales positivas a través de la resiliencia contra el estrés y otras adversidades posteriores; lo que sugiere que la exposición a situaciones adversas tempranas leves puede propiciar resultados resilientes en el futuro (Bock et al., 2014).

En resumen, esta naturaleza diversa y contextualizadora de los factores de protección, junto con la decisiva influencia de los aspectos culturales, hace que se plantee que los factores protectores no promueven la resiliencia en todas las situaciones de riesgo o adversas (Eriksson, Cater, Andershed y Andershed, 2010; Ungar y Liebenberg, 2011). En esta línea, algunas revisiones en conductas poco resilientes como las tentativas suicidas, así lo demuestran (Amitai y Apter, 2012; Ungar, 2012). Puesto que las personas que se comportan de forma resiliente ante situaciones adversas que promueven tentativas suicidas presentan como factores protectores individuales la comprensión y aceptación de la realidad, creer que la vida sí tiene sentido y que se tienen alternativas de solución pueden favorecer adaptaciones positivas (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2013). No obstante lo anterior, probablemente se incremente su nivel de resiliencia ante estas conductas de riesgo, pero no ante otras.

5. EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA GENERAL

5.1. Complejidad del constructo

La resiliencia está siendo una de las variables más estudiadas en la actualidad por las implicaciones que tiene en cuanto a la prevención de conductas de riesgo y la promoción de la salud (Kaplan, 2005). Uno de los grandes retos de la resiliencia supone el desarrollo de instrumentos de medida válidos y fiables que sean capaces de medir y delimitar las variables propias de este constructo (Salgado, 2005).

Hasta ahora, la evaluación tradicional y los modelos surgidos a partir de ella han puesto el énfasis en la enfermedad y la debilidad del ser humano (Vera et al., 2006). A raíz del surgimiento de la psicología positiva, y en particular de algunos de sus constructos como la resiliencia, este tipo de fórmulas empiezan a ser contempladas de una manera más crítica (Vera, 2006). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados en los últimos treinta años – tanto desde las ciencias de la salud como desde las ciencias sociales– por conocer en profundidad este constructo, la inexistencia de una conceptualización universal, junto con la propia variabilidad en la naturaleza dinámica de la resiliencia, sigue creando problemas para la creación de instrumentos de medida válidos y fiables (Kaplan, 2013).

Algunas revisiones sobre la forma de medir la resiliencia han planteado que existe una falta de consenso, no ya en la propia conceptualización, sino también en cuanto al tipo de aspectos que la deben constituir (Windle, 2011b; Windle, Bennett y Noyes, 2011). La mayoría de los autores están de acuerdo en que la resiliencia es una capacidad donde interaccionan tres niveles, pero discrepan en la denominación de los mismos o en su contenido. Así, algunos autores consideran que los tres niveles que interactúan son individual, familiar y contextual y otros hablan de individual, escolar y comunitario (Vanderbilt y Shaw, 2008). Aunque, todos ellos comparten el aspecto interacción y los aspectos individuales (externos o internos), la discrepancia surge a raíz de hablar de variables externas al individuo, donde aparecen términos como contextuales, sociales, escolares, comunitarios, etc.. (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014). En esta línea, las dificultades para desarrollar instrumentos fiables y válidos para evaluar la resiliencia viene determinada por (Grotberg, 2003; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Naglieri, LeBuffe y Ross, 2013 Windle, 2001a): a) excesiva complejidad del constructo de resiliencia, que puede ser entendida como resultado, como causa del resultado, como rasgo o como proceso, b) variabilidad en la definición de los factores protectores y de riesgo, o c) Se confunde el ser resiliente o no (resultado) con las causas (riesgo o protección) de ese resultado, d) muchas escalas de medida de este constructo han sido creadas recientemente y requieren tiempo

para su validación, e) resulta difícil aglutinar en un solo instrumento de evaluación todos los elementos individuales y contextuales que confieren resiliencia g) En línea con el anterior, la naturaleza dinámica de la resiliencia implicaría crear instrumentos diferentes para todos los riesgos a lo que se puede exponer el ser humano a lo largo de su vida (Wood y Bhatnagar, 2015)

5.2. Metodología en la evaluación de la resiliencia

5.2.1. Variabilidad en la evaluación del concepto

A pesar de la complejidad en su construcción, muchas escalas se han desarrollado para medir la "resiliencia", aunque en realidad parecen medir características individuales específicas, o aspectos sociales o comunitarios que pueden facilitar el proceso de resiliencia (Kaplan, 1999; Windle, 1999). Otros estudios han utilizado escalas para examinar la competencia o las habilidades de afrontamiento, dos cualidades que pueden estar relacionados con la resiliencia frente a la adversidad (Hoge, Austin y Pollack, 2007).

Luthar y Cushing (1999) describieron tres formas de medir la resiliencia analizando la adversidad, la adaptación positiva y el proceso resiliente, en las que se interesan por observar la asociación entre la adversidad y la adaptación positiva del sujeto a través de su propia percepción. Otros autores, como Hauser (1999) y Ospina (2007), realizaron revisiones bibliográficas a través de las cuales indicaron la existencia de distintos tipos de instrumentos de medida en función del tipo de estudio que se realizase. Así, Hauser (1999) señaló que los estudios en resiliencia solían ser de tres tipos: epidemiológicos, de estudio de los patrones de adaptación a través de la interacción entre los factores de riesgo y de protección y un tercero que se caracterizaría por el estudio de la recuperación después del trauma. Por su parte, Ospina (2007) estableció que existían 3 clases de instrumentos para medir la resiliencia: Instrumentos y técnicas de medición proyectivas, instrumentos y técnicas de medición psicométricas e instrumentos y técnicas de neuroimagen (derivadas de los

estudios epigenéticos y de las neurociencias). La variabilidad en la conceptualización de la resiliencia hace que todos estudios planteados anteriormente midan aspectos diversos de la resiliencia.

5.2.2. *Métodos de medición de la resiliencia*

De forma coherente con lo planteado respecto a la conceptualización de la resiliencia, también existe una variabilidad importante de métodos de medición. Otros autores plantean métodos cualitativos, como los estudios de casos para medir la resiliencia (Artuch, 2013). También existen autores que organizan los instrumentos en función del ámbito al que pertenezca la población para la que se administren, por ejemplo, ámbito sanitario (enfermedades físicas) (Vinaccia, Quiceno y Remor) o ámbito educativo (Artuch, 2013). En general, se puede decir que existen dos tipos de métodos que intentan evaluar la resiliencia:

Métodos basados en individuos: esta forma de medición compara individuos a lo largo del tiempo. Se pregunta qué diferencia existe entre niños resilientes y niños no resilientes a lo largo de su vida o en alguna área en particular. Este enfoque pretende capturar interacciones entre factores que ocurren de forma natural y plantear hipótesis respecto a qué fue lo que causó la diferencia en el resultado de la adaptación. Este tipo de métodos para medir la resiliencia fue el que dió origen al concepto (Garmezy, 1974, 1991; Werner y Smith, 1982).

Métodos basados en variables: parten de un análisis estadístico que indaga las conexiones entre variables de riesgo o adversidad, resultados esperados y factores protectores que pueden compensar o proteger los efectos del riesgo. Este modelo permite replicar aquellos patrones o interacciones entre variables que demostraron ser exitosos en la adaptación resiliente (Infante, 2002).

5.2.3. Variabilidad de la medición de la resiliencia según poblaciones

Diversos autores clasifican los instrumentos de medida en función del tipo de propósito a observar (adversidad, proceso, interacción) (Bonanno, 2004) o que toman como criterio la edad -clasificando los instrumentos de medida según se apliquen a niños, adolescentes, adultos o ancianos (LeBuffe, Shapiro y Naglieri, 2009; Zolkoski y Bullock, 2012; Wagnild y Young, 1993). En esta línea, con el fin de evaluar la capacidad de recuperación en niños y adolescentes, algunos de los primeros estudios utilizaron escalas que examinan las características elásticas específicas y ciertos factores de riesgo, como el locus de control (Luthar y Zigler, 1991).

Estudios posteriores sobre instrumentos de evaluación de la resiliencia para adolescentes (Ahern, Kiehl, Lou y Byers, 2006) encontraron que solo tres presentaban las mejores propiedades psicométricas (Connor y Davidson, 2003; Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya, 2003; Wagnild y Young, 1993), por lo que parecen existir edades específicas (niños y adolescentes) donde son poco abundantes los instrumentos de medición de la resiliencia con garantías suficientes de fiabilidad y validez (Macedo et al. 2014).

Después de haber examinado las potencialidades y limitaciones de la evaluación de la resiliencia, así como plantear los diferentes métodos existentes para su medición, es necesario que se revisen algunos de los instrumentos disponibles actualmente en la comunidad científica para medir este proceso.

5.3. Instrumentos de evaluación de la resiliencia

Basándose en las aportaciones de revisiones teóricas y metaanálisis de diversos autores, se especifican los instrumentos más utilizados actualmente para medir la resiliencia, por orden cronológico (Ospina-Muñoz, 2007; Quiceno y Vinaccia, 2011; Salgado, 2005;

Sánchez-Teruel, 2009; Vázquez, 2005; Vinaccia, Quiceno, Remor, 2012 Windle, Bennett y Noyes, 2011).

En una revisión metodológica de las escalas de medición de la resiliencia, todas las medidas presentaban déficits en la información psicométrica ofrecida (Windle, 2011a). Windle, Bennett y Noyes, (2011), realizaron una revisión por expertos imparciales, con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas de las escalas e instrumentos de evaluación de la resiliencia. En dicha revisión se analizaron artículos de investigación revisados por pares y publicados en revistas JCR (*Journal Citation Reports*) y se encontró que, de las 19 medidas de resiliencia revisadas, 4 de ellas eran refinamientos de la medida original y en las 15 restantes faltaba información relevante respecto a sus propiedades psicométricas o era cuestionable su adecuación conceptual o teórica. Es decir, solo tres de los instrumentos de evaluación analizados cumplían los requerimientos metodológicos de calidad necesarios. En concreto, las escalas que recibieron las mejores calificaciones fueron la Escala de Connor-Davidson (utilizada en esta tesis) (Connor-Davidson Resilience Scale, Connor y Davidson, 2003), la Escala de Resiliencia para los Adultos (Resilience Scale for Adults, Friborg et al., 2003) y la Escala de Resiliencia Breve (Brief Resilience Scale, Smith et al., 2008). Además, en la revisión realizada por estos autores se plantea que los requerimientos imprescindibles a la hora de construir o seleccionar un instrumento que mida adecuadamente resiliencia han de ser: fiabilidad (medida mediante la consistencia interna u otros métodos como fiabilidad par-impar o dos mitades), fiabilidad test-retest, validez de constructo, validez de contenido, validez de criterio (predictiva), sensibilidad e interpretabilidad.

Dispositional Resilience Scale (Escala de Resiliencia Disposicional) de Bartone, Ursano, Wright e Ingraham (1989). Se usa para medir estilos de personalidad resiliente, constructo constituido por tres aspectos según los autores: *compromiso*, *control* y *desafío o cambios desafiantes*. No existe adaptación al castellano de esta escala. La escala se puso a prueba con personas expuestas, por razones de entrenamiento militar, a altos niveles de estrés,

presenta una α de 0,85 en la puntuación total de la escala y los autores no reflejan otras propiedades psicométricas.

El *Search Instituto* (1989) (citado por Del Águila, 2003) construyó un *Cuestionario de Perfil de Vida del Estudiante* a través de las actitudes comportamentales. Consta de 156 ítems que miden: 1) *Ocho habilidades principales del desarrollo*: apoyo, fortalecimiento, límites y expectativas, uso constructivo del tiempo, compromiso con el aprendizaje, valores positivos, capacidad social e identidad positiva. 2) *Ocho indicadores para continuar siendo exitoso*: éxito en la escuela, ayuda a otros, respeto a la diversidad, mantenimiento de buena salud, liderazgo, resistencia al daño, recuperación tras la adversidad y mantenimiento de las gratificaciones. 3) *Cinco déficits en el desarrollo*: estar solo en casa, sobre-exposición a la televisión, abuso físico, ser víctima de violencia y fiestas con consumo alto de alcohol. 4) *Veinticuatro conductas de riesgo*, tales como uso de drogas, conductas antisociales y conductas sexuales de riesgo. No se indican propiedades psicométricas.

Wagnild y Young (1993) construyeron la *Resilience Scale (RS)*-Escala de Resiliencia (ER), con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. Fue desarrollado con una muestra de 810 adultos del género femenino. La versión en español fue desarrollada por Heilemann, Lee y Kury (2003) con 315 mujeres estadounidenses de origen mexicano, de las que 147 preferían leer y escribir en español. Existe otra adaptación, en este caso al español hablado en Argentina, realizado por Rodríguez, Pereyra, Gil, Jofré, De Bortoli y Labiano, (2009). La escala consta de 25 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert de 1 a 7 puntos. A mayor puntuación mayores niveles de resiliencia. Existe una versión corta de la Escala con 14 ítems, que está validada en diversos idiomas (portugués, japonés, etc..) y países (Brasil, Nigeria, Japón) (Abiola y Udofia, 2011; Damásio, Borsa, Da Silva, 2011; Nishi, Uehara, Kondo, Matsuoka, 2011). La escala refleja cinco aspectos de la resiliencia: perseverancia, confianza en sí mismo, sentido de la vida, filosofía de la vida y ecuanimidad. La escala original presenta los siguientes valores de fiabilidad: competencia personal (α =

0,88) y aceptación de sí mismo y de la vida ($\alpha = 0,81$) y para la escala total ($\alpha = 0,94$). Wagnild (2009a) realizó también una revisión de 12 estudios donde se utilizaba esta escala, encontrando un coeficiente alfa de Cronbach que variaba entre 0,72 y 0,94, y apoyando así los datos de consistencia interna del instrumento.

Holland et al. (1998) desarrollaron en Estados Unidos el *Inventario de Sistema de Creencias Religiosas-SBI-15R*. La versión en español fue desarrollada por Almanza, Monroy, Bimbela, Payne y Holland (2000). Comprende 15 ítems, con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 0 a 3 puntos. Consta de dos factores: el factor I mide *creencias y prácticas religiosas y espirituales* (CPRE), con 10 ítems ($\alpha = 0,86$), y el factor II mide el *apoyo social religioso derivado de la comunidad que comparte esas creencias* (SSR), con 5 ítems ($\alpha = 0,86$). A mayor puntuación, mejor convicción de las creencias y prácticas religiosas y espirituales y soporte social religioso (α total = 0,89).

Perry y Bard (2001) construyeron una escala a la que llamaron *Evaluación de Resiliencia para estudiantes excepcionales (RAES)*. Los autores se basaron en 613 evaluaciones de padres de alumnos excepcionales urbanos. Es una prueba que consta de 54 ítems y donde se identificaron 3 dominios de la resiliencia con 8 factores separados. Los dominios fueron: conocimiento de excepcionalidad, planeamiento ante necesidades y pensamiento alternativo para la solución de problemas excepcionales. Salgado (2005) plantea que los factores detectados fueron: 1) Comportamiento dominante de la resiliencia (4 factores): *Modelado/activo, Autoeficacia/Locus de control, Relaciones positivas entre iguales y Relaciones positivas adultas*. 2) Soporte social dominante (4 factores): *Madre/profesor, familia nuclear, familia extendida, y comunidad*. En la escala original no hay datos sobre propiedades psicométricas.

Ewart, Jorgensen, Suchday, Chen y Matthews (2002) realizaron una investigación sobre la medición del estrés resiliente a través de una *Entrevista Social de Competencia (SCI)*. Los autores desarrollaron una entrevista breve para medir las capacidades del estrés

resiliente, probada con 4 muestras de adolescentes afroamericanos y blancos en vecindarios con bajos ingresos de dos grandes ciudades de Estados Unidos. No existe adaptación al español de esta entrevista. El SCI es una entrevista de 10 minutos que evalúa las respuestas fisiológicas y socio-emocionales de un problema de la vida diaria. Utiliza un sistema conductual de codificación basado en grabaciones audiovisuales, permitiendo la evaluación segura y válida de los componentes de la competencia social: habilidades interpersonales (expresividad, empatía), metas orientadas al enfrentamiento (autodefensa, aceptación social, competencia, estímulo-placer, aprobación, automejora) e impacto social (afiliación alta vs. baja). No existen datos sobre sus propiedades psicométricas.

Seligman y Peterson (2003) diseñaron un instrumento de medida basándose en una clasificación de los recursos positivos del individuo. El Inventario de Fortalezas (VIA), que es un cuestionario de 245 ítems tipo líkert con 5 posibles respuestas cada uno. Adaptado al español por Azañedo, Fernández-Abascal y Barraca (2014). Mide el grado en que un individuo posee cada una de las 24 fortalezas y virtudes que han sido desarrolladas por el Instituto de Valores en Acción-Values in Action Institute bajo la dirección de los autores. Su investigación con más de 4.000 participantes reveló que, de las 24 cualidades o fortalezas evaluadas por el cuestionario VIA, existen 5 que se relacionan de forma consistente con la satisfacción con la vida en mayor grado que las 19 restantes. Estas cualidades son: gratitud, optimismo, entusiasmo, curiosidad y capacidad de amar y de ser amado. Cabe destacar además que las fortalezas que se repiten sistemáticamente asociadas con el bienestar (gratitud, intimidad, vitalidad y optimismo) son las mismas que se relacionan de forma negativa con problemas psicopatológicos (Giménez, Vázquez y Hervás, 2010). La validez alfa del total de la prueba es de $\alpha = 0,81$ y adecuada validez de constructo con satisfacción vital y afecto.

Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya (2003) han creado la *Escala de Resiliencia en Adolescentes (Adolescent Resilience Scale, ARS)*. Consta de 21 ítems, distribuidos en tres dimensiones, en un formato tipo Likert cuya escala oscila entre 1 y 5. La dimensión *búsqueda*

de la novedad hace referencia a la habilidad para mostrar interés acerca de una amplia variedad de eventos. La dimensión *regulación emocional* ($\alpha = 0,77$) es un rasgo individual de quien exhibe compostura y control de sus emociones internas. Y la dimensión *orientación positiva hacia el futuro* ($\alpha = 0,81$) se refiere a la presencia de sueños y metas personales y profesionales. A mayor puntuación en la escala total mayores niveles de resiliencia. Los niveles de fiabilidad alfa del total de la escala son de 0,85.

Por su parte, Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, (2003) han creado la Escala de Resiliencia para Adultos-*Resilience Scale for Adult (RSA)*. Esta escala contiene 33 ítems, con un sistema de respuesta de tipo diferencial semántico de siete puntos. Sus cinco factores hacen referencia a: 1. *Competencia personal* que contiene a su vez dos sub-factores (percepción positiva de sí mismo y percepción positiva del futuro). 2. *Competencia social*. 3. *Estructura personal*. 4. *Cohesión familiar*. 5. *Recursos sociales*. Según los autores, la escala RSA puede ser utilizada como una medida válida y fiable ($\alpha = 0,93$) para evaluar la presencia de factores de resiliencia ante la salud mental. Se realizó una validación transcultural al portugués (Brasil) por parte de Hjemdal, Roazzi, da Graça-Dias y Friborg (2015), obteniéndose resultados similares en cuanto a las propiedades psicométricas que con la muestra noruega.

Connor y Davidson (2003) han desarrollado la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) que ha sido traducida al español por Bobes et al. (2008). Es un cuestionario auto-aplicado de 25 ítems que evalúa, en una escala de tipo Likert desde 0 «nada de acuerdo» hasta 4 «totalmente de acuerdo», el nivel de resiliencia general. La puntuación máxima es de 100. Las puntuaciones más altas reflejan mayor resiliencia. Según los propios autores (Connor y Davidson, 2003) y otras investigaciones independientes (Windle, Bennett y Noyes, 2011) esta escala presenta una adecuada consistencia interna (alfa = 0,89), una buena validez convergente y una alta fiabilidad test-retest (0,79). Derivada de ella, posteriormente, Vaishnavi, Connor y Davidson (2007) han creado la *Escala de Resiliencia Breve (CD-RISC-2)*, de la que también se cuenta

con una versión en español (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006). La escala consta de 2 ítems y una sola dimensión con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 0 (“nada de acuerdo”) a 4 (“totalmente de acuerdo”). A mayor puntuación mayores niveles de resiliencia ($\alpha = 0,75$).

Por otro lado, Siclair y Wallston (2004) han construido (Escala Breve Afrontamiento Resiliente-*Brief Resilient Coping Scale*, BRCS). Teóricamente se basa en el trabajo de Polk (1997), quien identificó como ítems para la medición de la resiliencia la *tenacidad*, el *optimismo*, la *creatividad*, una *perspectiva agresiva para la resolución de problemas* y un *compromiso para extraer un sentido positivo de las situaciones adversas*. Esta escala contiene una sola dimensión con cuatro preguntas (4 ítems), en formato tipo Likert en una escala de 0 (no me describe para nada) a 5 (me describe muy bien). La puntuación máxima es de 20 puntos, siendo mayor puntuación una mayor resiliencia. Recientemente ha sido adaptada al español en una muestra de personas de edad avanzada (Tomás, Meléndez, Sancho y Mayordomo, 2012) y de estudiantes universitarios (Limonero et al., 2014). Está diseñada con el fin de identificar las tendencias de las personas para enfrentarse con el estrés de manera adaptada. Los estudios de fiabilidad y validez se realizaron a partir de dos muestras: una de 91 mujeres y otra de 140 hombres y mujeres que sufrían artritis reumatoide, enfermedad que, por estar asociada con altos niveles de estrés, permite que sus pacientes ofrezcan información útil sobre los modelos de adaptación al estrés (Siclair y Wallston, 2004). Esta escala muestra consistencia interna (0,89), fiabilidad test-retest (0,91) y correlación positiva entre los recursos personales de afrontamiento, conductas de afrontamiento al dolor y bienestar psicológico. Además, es sensible a los cambios asociados con intervenciones cognitivo-conductuales y puede ser utilizada para identificar a las personas que requieren desarrollar habilidades o estrategias de afrontamiento resiliente y en investigaciones que buscan comprender cómo los procesos de afrontamiento resiliente operan sobre la salud mental de las personas.

Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher y Bernard (2008) han publicado la Escala Breve de Resiliencia (*Brief Resilience Scale*), que evalúa la capacidad de recuperarse tras la exposición a situaciones de estrés. Comprende seis preguntas en formato tipo Likert, en una escala que va de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). La puntuación máxima es 30 puntos, a mayor puntuación mayor resiliencia. Según los autores (Smith et al., 2008) sus características psicométricas fueron examinados en cuatro muestras: dos muestras de estudiantes, una muestra constituida por pacientes con dolor cardíaco y otra con personas que padecían trastornos de dolor crónico (fibromialgia). Mide resiliencia como aspecto unitario. Así, parece ser que la BRS es un medio fiable para evaluar la resiliencia como habilidad para recuperarse en niveles iniciales o para recuperarse de situaciones estresantes. Puede proporcionar una importante y única información sobre las personas que hacen frente a los factores de estrés relacionados con la salud (Quiceno y Vinaccia, 2011).

A lo largo de este apartado se han planteado diversas investigaciones, tanto internacionales como nacionales, cuyo objetivo era medir o evaluar la resiliencia o adaptar algún instrumento de evaluación de la misma a países o idiomas determinados. Evidentemente, no todos los instrumentos de evaluación de la resiliencia han sido reflejados en este apartado. Para tener una visión más amplia de los instrumentos de evaluación de la resiliencia se recomienda consultar, al final de este capítulo de Tesis, el cuadro resumen sobre todos los instrumentos de evaluación de la resiliencia que están siendo utilizados, a nivel mundial, tanto en la investigación como en la práctica clínica (ver Tabla 3).

Tabla 3: Cuadro resumen de instrumentos de evaluación de la resiliencia

	Nombre escala	Autor	Población validación	Modo de cumplimentación	Número de dimensiones (ítems)	Objetivo de la medida
1a	La Escala de Resiliencia Disposicional (1)	Bartone (1989)	Adultos	Mismo cuadernillo	3 (45)	Mide robustez psicológica (compromiso, control, y desafío) Como indica arriba Como indica arriba
1b	La Escala de Resiliencia Disposicional (2)	Bartone (1991)	Adultos	Mismo cuadernillo	3 (30)	
1c	La Escala de Resiliencia Disposicional (3)	Bartone (1995;2007)	Adultos	Mismo cuadernillo	3 (15)	
2	The Ego-Resiliency Scale (ERS)	Block y Kremen (1996)	Adolescentes (18 y 23)	Mismo cuadernillo	1 (14)	Mide el ego-resiliencia (una característica de personalidad estable).
3	Escala de actitudes de resiliencia (RAS)	Biscoe y Harris (1999)	Padre e hijos	Mismo cuadernillo (niños y padres)	Padres 8 (72) Niños 8 (56)	Evaluar las actitudes de la resiliencia (la perspicacia, relaciones, iniciativa, creatividad, humor, moralidad, persistencia, y la creencia en la capacidad de mejorar cosas).
4a	La escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)	Connor y Davidson (2003)	Adultos Traducida a varios idiomas	Mismo cuadernillo	5 (25)	Desarrollado para medir la resiliencia en la práctica clínica. Cinco factores (competencia personal, efectos de confianza/tolerancia/refuerzo de tensión, aceptación de cambio y relaciones seguras, control, influencias espirituales).
4b	La escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC2)	Cambell-Sills y Stein (2007)	Adolescentes (edad 18)	Mismo cuadernillo	1 (10)	Versión corta de 4a. Igual que arriba, pero para adolescentes
5	Resiliencia Juvenil: Evaluación de Fuerzas del Desarrollo	Donnon y Hammond (2003, 2007)	Jóvenes (edad 12-17)	Mismo cuadernillo	10 (94)	Examinar factores protectores; fuerzas intrínsecas del desarrollo (p.ej. mí estima, mí eficacia) y fuerzas extrínsecas del desarrollo (p.ej. familia, escuela, comunidad, pares).

6a	La escala de resiliencia en Adultos (RSA)	Friborg et al. (2003)	Adultos (edad comprendida mujeres=33, hombres=36)	Mismo cuadernillo	5 (33)	Examen intrapersonal y de factores interpersonales protectores, supuestos para facilitar adaptación a adversidades psicosociales (competencia personal, competencia social, coherencia de familia, apoyo social, estructura personal).
6b	La escala de resiliencia en Adultos (RSA)	Friborg et al (2005)	Adultos (edad comprendida entre 22-30 años)	Mismo cuadernillo	6 (37)	Examen intrapersonal y de factores interpersonales protectores, para facilitar adaptación a adversidades psicosociales (fuerza personal, competencia social, estilo estructurado, cohesión de familia, recursos sociales).
7	Las Actitudes de Resiliencia y Perfil de Habilidades	Hurtes y Allen (2001)	Jóvenes (edad 12-19)	Mismo cuadernillo	7 (34)	Mide actitudes del proceso de resiliencia (Perspicacia; independencia; creatividad; humor; iniciativa; relaciones; orientación de valores) y proporciona nociones sobre la intervención a realizar
8	Escala de Resiliencia en Adolescentes	Oshio et al. (2003)	Jovenes japoneses (19-23 años)	Mismo cuadernillo	3 (21)	Mide las características psicológicas (búsqueda de novedad, regulación emocional, futura orientación positiva) de resiliencia en la jóvenes japoneses
9	The California Child Q-Set (CCQ-Set)	Al principio desarrollado en 1969 por Block y Block	Niños	Observación nominal (padres y profesores)	2 (100)	Mide resiliencia y control de ego

10	Estudio de California para niños sanos - la Escala de Resiliencia del Estudiante	Sun y Stewart (2007)	Niños de primaria (edad comprendida entre 8 y 12 años)	Mismo cuadernillo	12 (34)	Evalúa las percepciones del estudiante y sus características individuales, recursos protectores de familia, iguales, escuela y comunidad
11	El informe de la escala de resiliencia	Smith et al. (2008)	Adultos (rango de edad 19-62)	Mismo cuadernillo	1 (6)	Mide resiliencia o elasticidad (capacidad de volver atrás y reponerse a niveles iniciales tras la tensión)
12	Medida de resiliencia en niños y jóvenes (CYRM)	Ungar et al. (2008)	Jóvenes en riesgo psicosocial (edad 12 a 23) en diferentes ciudades	Mismo cuadernillo	4 (28)	Desarrollar una medida cultural y según el contexto relevante de resiliencia infantil y juvenil a través de cuatro dominios (individual, emparentado, comunidad y cultura)
13	La escala de resiliencia (RS)	Wagnild y Young (1993)	Adultos (algunas aplicable a edades entre 16-23)	Mismo cuadernillo	2 (25)	Identificar el grado de resiliencia individual (competencia personal y aceptación propia y hacia la vida); una característica de personalidad positiva que realza la adaptación individual
14	Resiliencia psicológica	Windle, Markland y Woods (2008)	Ancianos (algunas escalas son usadas en adolescentes)	Mismo cuadernillo	3 (19)	Evalúa la resiliencia psicológica (la autoestima, la competencia personal y el control interpersonal) que actúa como un factor protector contra riesgos y adversidades
15	Resiliencia	Klohn (1996)	Adultos (18-48)	Mismo cudernillo	4 (20)	Mide los componentes de resiliencia (optimismo, actividad productiva y autónoma, calor interpersonal, perspicacia y capacidad expresiva)

Fuente: Elaboración propia basada en Windle, Markland y Woods (2008)

CAPÍTULO 3:

LA RESILIENCIA ANTE LA TENTATIVA SUICIDA

1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA RESILIENCIA ANTE EL SUICIDIO

Desde hace tiempo, algunas administraciones sanitarias alertan sobre las altas tasas de suicidios consumados en países con alto nivel de bienestar (WHO, 2012). Existe una amplia investigación que muestra resultados diversos, e incluso contradictorios, respecto a los factores asociados con la tentativa suicida en comparación con el suicidio consumado (WHO, 2013). Los comportamientos autolesivos y las tentativas suicidas han demostrado consistentemente ser los mejores predictores para la realización de conductas suicidas futuras con una mayor letalidad (Cooper et al, 2005; Christiansen y Jensen, 2007). De hecho, algunos estudios evidencian que determinadas variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, desempleo, religión, cultura, etc..) o clínicas (enfermedades físicas, trastornos mentales activos) modulan, en mayor o menor medida, el número de tentativas suicidas (Jiménez-Pietropaolo et al., 2011; Sánchez-Teruel, 2012).

A pesar de la recurrencia del suicidio y el cuidado especial requerido tras un intento de suicidio, hasta la fecha no existen directrices universalmente aceptadas para la gestión de los intentos de suicidio y evitar así nuevos intentos después del alta (Baca-García et al., 2004; Baca-García et al., 2006; Mann et al., 2005). Esto puede deberse, en parte, a que no hay una clara comprensión de la jerarquía o relación entre una variedad de factores que pueden predecir los intentos repetidos. Como hemos visto en los dos capítulos anteriores, entre los factores predictivos pueden incluirse factores sociodemográficos como la edad (Christiansen y Jensen, 2007; Corcoran et al, 2004), el desempleo (Tejedor et al, 1999), no estar casado o el bajo nivel educativo (Kreitman y Foster, 1991). En cuanto a los factores biopsicosociales que se han asociado en mayor medida con la repetición del comportamiento suicida en personas que han realizado intentos previos destacan la mala salud física (Colman et al., 2004; Gibb et al., 2005) y mental (Colman et al., 2004; Kapur et al., 2006; Osvath et al, 2003). Sin embargo, parece ser que revisiones recientes han mostrado que las personas que

realizan un segundo intento de suicidio podrían contemplarse como un grupo clínico diferenciado (Mendez-Bustos et al., 2013).

En España, aun siendo el suicidio la primera causa de muerte no accidental (I.N.E., 2013) y de los importantes efectos adversos que produce, tanto a nivel personal como económico, la investigación sobre tentativas suicidas es escasa (Bobes-García et al., 2011; López-Castroman et al., 2015a). Recientemente, se han publicado algunas guías clínicas de prácticas eficaces y basadas en la evidencia ante la tentativa suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad-MSPSI, 2011); sin embargo, dichas recomendaciones todavía no han tenido suficiente calado en los servicios de urgencias (Huisman, Kerkhof y Robben, 2011; Sánchez-Teruel, Muela-Martínez y García-León, 2015), debido a la intensa heterogeneidad de estos actos tanto en variables sociodemográficas como clínicas, y según los territorios y las zonas de actuación sanitaria (Chiao y Blizinsky, 2013; Miret et al., 2010; WHO, 2013). De hecho, ofrecer datos de estas características centrados concretamente en una provincia española tiene especial relevancia sanitaria y clínica por varias razones. Por un lado, por sus implicaciones respecto a las políticas públicas de prevención del suicidio que pudiesen llevarse a cabo (Vázquez-Lima et al., 2012). También para ofrecer datos de comparación entre provincias y comunidades autónomas de este país (Mejias et al., 2011). Y finalmente, por la inexistencia, en España, de métodos de registro homogéneos para las tentativas sin resultado de muerte (Ayuso-Mateos et al., 2012; Sáiz y Bobes, 2014), lo que podría agilizar la creación de registros clínicos y epidemiológicos oficiales sobre esta fase del suicidio poco investigada (WHO, 2014).

Al mismo tiempo, la evaluación del riesgo de tentativas suicidas es con frecuencia inexacta, porque los modelos predictivos disponibles son imprecisos. Ello dificulta nuestra capacidad para identificar personas que podrían realizar un segundo intento de suicidio (Oquendo et al., 2006). Hasta la fecha, la mayor parte de los estudios relacionados con la predicción de los reintentos de suicidio han utilizado

medidas con escasa precisión predictiva (Cedereke y Ojehagen, 2005; Colman et al., 2004), lo que limita la utilidad clínica de sus hallazgos (Galfalvy et al., 2008). Por lo tanto, el valor predictivo débil de factores de riesgo da lugar a un gran número de falsos positivos o falsos negativos (Maris, 2002). De hecho, parece ser que lo que falta es un instrumento de cribado derivado empíricamente que se pueda utilizar en el ámbito clínico para poder determinar el nivel de riesgo real de un intento de suicidio, probando así la capacidad predictiva y prospectiva de estos índices en entornos clínicos reales, lo que podría representar un primer paso importante hacia la reducción de la brecha entre la ciencia y la práctica de la evaluación del suicidio consumado (Borges et al., 2010).

Los intentos de suicidio son ampliamente reconocidos como un grupo de conductas de alto riesgo. Pero, se precisa diferenciar correctamente a las personas que repiten un intento de las que no lo repiten (Carter et al., 2005). Así, las personas que repiten un segundo intento (re-intentadores) suelen incrementar entre un 60% y un 70% el riesgo de suicidio consumado (Dieserud, Røysamb, Braverman, Dalgard, y Ekeberg, 2003; Ruengorn et al. 2011; Trémeau et al., 2005). Algunos estudios de revisión han mostrado que las tasas estimadas de repetición de tentativa suicida sin resultado de muerte entre los intentos de suicidio fueron aproximadamente de un 16% a un 1 año, de un 23% a los 4 años (Owens et al., 2002) y de un 40% entre 3 a 8 años tras el seguimiento (Brauns y Berzewski., 1988; Johnsson et al Fridell, 1996; Rygnestad, 1988). Sin embargo, estudios de revisión posteriores plantean que la probabilidad de repetir un intento de suicidio parece ser mayor en el período inmediatamente posterior a un intento anterior (entre un mes y un año) (Lopez-Castroman et al., 2011), y no confirmándose el efecto a largo plazo (Inagaki et al., 2015).

Hasta la fecha, la evaluación de los factores de riesgo o de las situaciones adversas en las tentativas suicidas como fórmula para evitar futuros reintentos más letales no ha llevado a resultados esperanzadores para la prevención del suicidio

consumado (Bhatta et. al. 2014; López-Castroman et al., 2010; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014). Sin embargo, siendo la tentativa suicida uno de los aspectos, que según la literatura más abundante sobre el tema, mejor predicen el riesgo de suicidio consumado, se podrían plantear evaluaciones más centradas en los factores de protección, para proporcionar pistas eficaces sobre el grado de resiliencia para la repetición suicida en personas que ya han realizado tentativas anteriores.

2. VARIABLES PSICOSOCIALES PREDICTORAS QUE MODULAN LA RESILIENCIA ANTE EL RIESGO DE TENTATIVAS SUICIDAS

Estudios pioneros sobre el suicidio ya mostraron que la interacción entre factores de riesgo era más importante para determinar el suicidio consumado que la mera acumulación de estos factores (Mann et al., 1999; Mann et al., 2003). Sin embargo, aunque el conocimiento sobre factores de riesgo en la literatura científica, sea empírica, de revisión o meta-análisis, es más que abundante, sigue siendo muy escaso el relacionado con factores que promuevan la protección ante el riesgo de tentativa o suicidio consumado (Fergusson, Beautrais y Horwood, 2003; Giménez, Vázquez y Hervás, 2010).

En esta línea, existe poca investigación centrada en concreto en los procesos de protección que hacen más resiliente a una persona tras una tentativa suicida (Osman et al., 2004). Esto da como resultado, que también sean pocas las escalas desarrolladas y validadas empíricamente para valorar los factores de protección ante la tentativa o el suicidio consumado, a pesar de los resultados de algunos estudios que señalan que los programas de prevención del suicidio focalizados en factores protectores contribuyen a disminuir el número de intentos suicidio futuros entre un 22% y un 73% (McLean et al., 2008; Rutz, von Knorring y Walinder, 1989; Sisask et al., 2010; Szanto, Kalmar, Hendin, Rihmer y Mann, 2007).

Durante los últimos años la identificación, evaluación, reconocimiento y fortalecimiento de factores protectores de individuos, grupos y comunidades se está convirtiendo en un objetivo a conseguir para la prevención del suicidio consumado en personas que han realizado intentos de suicidio previos (Ayuso-Mateos et al., 2012). De hecho, parece que la literatura especializada sobre este tema ha empezado a estudiar qué factores, bajo similares circunstancias adversas, diferencian a las personas que cometen un intento de suicidio de aquellos que no lo realizan: en colectivos considerados vulnerables ante la tentativa suicida (Colina y Pettit, 2014; Hor y Taylor, 2010; Simon, Chang, Zeng y Dong, 2013), especialmente en niños, adolescentes y jóvenes (Halfon et al., 2013; Kalmar, 2013; Richa, Fahed, Khoury, Mishara, 2014), o en colectivos profesionales concretos (Kessler et al., 2013). Lo que plantea serias dificultades para estudiar los factores protectores que promueven la resiliencia, y más aún en resultados multidimensionales como la tentativa de suicidio (Liu y Miller, 2014; Glonti et al., 2015).

Un elemento importante asociado con la resiliencia ante la tentativa suicida en 27 países europeos, incluyendo a Israel y Turquía, fue el realizado sobre la percepción de desintegración social (Benedek, 2006). De hecho, existen otros estudios de carácter longitudinal realizados en EE.UU. a lo largo de 70 años, donde se muestra que la integración y regulación social son variables fundamentales para el incremento o decremento de la resiliencia ante las tentativas suicidas (O'Brien y Stockard, 2006). Otros estudios apoyan también esta hipótesis en colectivos concretos: como afectados de trastornos psicológicos (depresión y trastorno límite de la personalidad) que habían tenido intentos previos de suicidio, reclusos, personas de raza negra, inmigrantes o mujeres víctimas de violencia doméstica (Harvey y Liebling, 2001; Kelly, Soloff, Lynch, Haas y Mann, 2000; McLean et al., 2008; Sher, 2010).

Los factores protectores más aceptados por la comunidad científica para promover la resiliencia ante las tentativas suicidas se dividen entre los que son propios

del individuo y los que son propios del entorno (Suicide Prevention Resource Center-SPRC, 2010; Center for Disease Control and Prevention Risk and Protective Factors-CDCPRPF, 2010). Además, cada uno de los factores personales y del entorno se divide a su vez en internos y externos, siguiendo la clasificación ofrecida en la Tabla 2 del capítulo 2 de esta Tesis.

Así, entre los factores protectores personales internos podemos incluir un autoconcepto que genere una alta autoestima, la autorregulación y flexibilidad cognitiva, el estilo atribucional positivo, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, la capacidad de resolución de problemas, la empatía, la presencia de esperanza y optimismo, el sentido del humor, el autocontrol de la impulsividad (tanto a nivel emocional como comportamental) y la capacidad de expresión de emociones y problemas. Y dentro de los factores protectores personales externos estarían las habilidades sociales, la solicitud de ayuda y la existencia de una red social y familiar que ofrezca apoyo emocional. Sin embargo, debido a que en esta Tesis solo vamos a investigar los factores protectores personales (internos y externos) vamos a nombrar solo algunos de los factores protectores ambientales que están más relacionados con la resiliencia ante la tentativa de suicidio.

Por su parte, entre algunos de los factores protectores del ambiente más nombrados en la literatura especializada destacan las responsabilidades para con los demás, la participación social activa, existencia de legislación sobre protección socio-laboral y educativa, la accesibilidad a los dispositivos de salud y la dificultad en la utilización de métodos de suicidio (restricciones a armas o buen control de sustancias tóxicas o medicaciones (Pompili et al., 2008; Masocco et al., 2010; Ono et al., 2013; Turvey et al., 2002; Wong et al., 2008).

Veamos cada uno de estos aspectos moduladores de la resiliencia ante la tentativa suicida de una forma más específica, organizando las variables para una lectura más pedagógica en dos apartados: Personales Internas y Personales Externas.

2.1. Variables protectoras personales internas

2.1.1. Autoconcepto

El autoconcepto está implicado en una gran variedad de trabajos de las ciencias humanas y sociales, aunque su estudio no está exento de polémica debido fundamentalmente a la complejidad de la propia naturaleza dinámica de este constructo (Baumeister, Campbell, Krueger y Vohs, 2003). Se entiende como un aspecto multidimensional constituido por factores biológicos, emocionales, sociales y conductuales en constante interacción con factores contextuales (diversos eventos vitales) a lo largo de la vida del ser humano (Battle, 1994; Fergusson et al., 2003; Ford y Collins, 2010; Okada, 2010; Orth, Trzesniewski y Robins, 2010; Rosenberg, 1965). Así, de forma muy resumida se podría definir como la percepción sobre la valía propia que se da una persona a sí misma (Shavelson, Hubner y Stanton, 1876). Sin embargo, esta percepción es muy diversa si se encuentra dentro del ámbito público o privado. Adler y Procter (2011) plantean que el autoconcepto es cómo las personas se ven a sí mismas en momentos honestos (p. 64). Sin embargo, las personas son bastante reacias a expresar verbalmente (e incluso cognitivamente) lo que piensa realmente sobre sí mismos. De hecho, el autoconcepto influye de forma decisiva en la eficacia en determinados ámbitos como el laboral (Choi, 2005) o académico (Chih-Chuan, Bryan y Cheng-Chuan, 2011). Pero además, determina diversos aspectos emocionales que afectan al estado de salud mental de la persona (DeDonno y Fagan, 2013).

Para muchos autores existe una fuerte relación entre autoconcepto y diversos estados emocionales y/o trastornos psicopatológicos. Así, cuando la imagen que tenemos sobre lo que somos (autoconcepto real) coincide en gran parte con la imagen

que tenemos sobre lo que queremos ser (autoconcepto ideal), y esto se combina con ciertos factores sociales y económicos, el resultado se convierte en un buen predictor del estado de bienestar del sujeto (Bandura, 1978; Diener y Diener, 1995).

En esta línea, algunos estudios consultados informan de que las incongruencias en el autoconcepto que generan una baja autoestima se relacionan más con la ideación que con la tentativa suicida, seguramente porque para pasar de la idea al acto en sí mismo son necesarias también otras variables (Fergusson, Woorward y Horwood, 2000; Fergusson et al., 2003; Marciano y Kazdin, 1994; Wilbum y Smith, 2005; Fergusson et al., 2000; Orth et al., 2010). Además, se ha encontrado que el sexo modula también esta relación. De hecho, diversos estudios han planteado que un autoconcepto que genere una baja autoestima puede modular el tránsito de la ideación suicida a las primeras autolesiones deliberadas solo en mujeres, ya que en varones no son frecuentes las autolesiones deliberadas como paso intermedio entre la ideación y el primer intento suicida (Hawton et al., 2002; Johnson, Gooding, Wood y Terrier, 2010; Orth et al., 2010).

Por último, otros estudios llevados a cabo con jóvenes sugieren que una asociación entre un autoconcepto que genera baja autoestima y una conducta de búsqueda de novedades o sensaciones nuevas contribuyen igualmente a una mayor vulnerabilidad para la tentativa suicida, mientras que la combinación de lo contrario contribuye a una mayor resistencia ante la tentativa suicida (Chioqueta y Stiles, 2007; Bagley, Bolitho y Bertrand, 1997; Fergusson et al., 2000; Fergusson et al., 2003).

2.1.2. Autorregulación y flexibilidad cognitiva

La autorregulación resulta esencial en el proceso de aprendizaje permanente al que todo ser humano está sometido a lo largo de su vida, y además es la llave reguladora que mejora los resultados al poner en marcha acciones y procesos para la

consecución de objetivos (Nilson, 2013). La autorregulación es importante ya que incluye el establecimiento de metas, la planificación y la persistencia en la tarea (Gardner, Dishion y Connell, 2008). Además, es un buen predictor de la conducta, así como del rendimiento académico y del desarrollo en el contexto social (Zimmerman y Schunk, 2008; Lerner, Lerner, Boweras, Lewin-Bizan, Gestsdottir y Urban, 2011). Existen diferencias entre la autorregulación y el control emocional. Por ejemplo, Bandura (1977) define el control emocional como la capacidad a través de la cual la persona aprende a actuar como responsable de su propio cambio, identificando, nombrando y gestionando adecuadamente las emociones. Sin embargo, la autorregulación se entendería como el establecimiento de metas y la movilización de los esfuerzos y recursos necesarios para alcanzarlas (Woolfolk, 2010, p. 358) y se vincularía tanto con la competencia social, como con las habilidades conductuales de las personas (Gardner, Dishion y Connell, 2008).

Por otra parte, se habla de flexibilidad cognitiva cuando la persona plantea distintas metas en función de las distintas situaciones. En este sentido, cuando se entiende la autorregulación como la capacidad para modificar la conducta en virtud de las demandas de situaciones concretas, puede considerarse que ésta implica cierta flexibilidad cognitiva (Ato, González y Carranza, 2004). De hecho, la autorregulación implica alterar las propias respuestas para alcanzar un estado o resultado deseado que no se puede conseguir de forma natural (Bauer y Baumeister, 2011, p.65). Además, la autorregulación y flexibilidad cognitiva no se desarrolla de forma aislada sino que proviene de las interacciones personales y ambientales, al igual que ocurre en la resiliencia (Dinsmore, Alexander y Loughlin, 2008).

En esta línea, el estudio de la autorregulación y de la flexibilidad cognitiva ha sido un aspecto relevante en la investigación científica sobre los factores protectores de la resiliencia, al ser considerada una variable amortiguadora del impacto de situaciones negativas o adversas (Cabrera, Aya y Cano, 2012; Lee, Cheung y Kwong,

2012; Gaxiola, González, Domínguez y Gaxiola, 2013). Así, según los estudios, este constructo ha sido asociado frecuentemente con la resiliencia en niños y jóvenes provenientes de contextos de vulnerabilidad social (Vanistendael, Vilar y Pont, 2009; Villalta, 2010). Sin embargo, parece tener también una influencia decisiva en los procesos protectores de resiliencia en otras situaciones relacionadas con la salud (Tugade y Fredrickson, 2004; Vinaccia, Quiceno y San Pedro, 2011; Lerner et al., 2013) y, en concreto, en situaciones relacionadas con altos niveles de estrés o ansiedad (Santibáñez y Martínez, 2013; Vanistendael, 2013; Rutter, 2013). De hecho, la autorregulación y flexibilidad cognitiva se consideran una variable protectora que modula el resultado resiliente entre una situación de riesgo y una tentativa de suicidio, disminuyendo los niveles de estrés o ansiedad que produce esa situación. Así, en población adolescente y joven que han realizado intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas se encuentra un alto nivel de estrés o ansiedad previo al acto (Jiménez et al., 2006; Patton et al., 2009; Pettingell et al., 2008), también en adultos la ansiedad y el estrés desencadena la realización de una tentativa suicida (Segal, 2009; Lopez-Castroman et al., 2010), si se incrementan los procesos de consecución de metas y adaptación flexible a circunstancias adversas los niveles de estrés disminuirán, por lo que el resultado probablemente será resiliencia y no tentativa suicida.

En definitiva, todos estos resultados confirman el papel desempeñado por la autorregulación y flexibilidad cognitiva como una de las variables protectoras para la modulación de la resiliencia ante las tentativas suicidas (Bresin y Schoenleber, 2015; Law, Khazem y Anestis, 2015).

2.1.3. Autocontrol emocional

Existe una modulación directa del autocontrol emocional en el continuo salud-enfermedad (Manderscheid et al., 2010). Estos autores reflejan en su artículo de revisión diversos trabajos que demuestran que el autocontrol emocional positivo

puede influir de forma directa en el funcionamiento de los procesos biológicos de enfermedades psicopatológicas. En esta línea, el autocontrol de las emociones no consiste en eliminar las emociones negativas y potenciar las positivas, sino en aprender a identificar, gestionar y manejar el enfado, la frustración y la tristeza como emociones necesarias y adaptativas en determinada intensidad y valencia (Cha y Nock, 2009; Johnson et al., 2010). De hecho, algunos estudios de revisión han mostrado la importancia del autocontrol emocional como variable moduladora de la resiliencia ante la conducta suicida, incluso ante la exposición a situaciones adversas presentes o pasadas (Arenas-Landgrave et al., 2012; Gutiérrez et al., 2011; Powers, Stevens, Fani y Bradley, 2015; Player et al., 2015).

Otros autores también han estudiado el denominado autocontrol conductual (demora de la gratificación), planteando que es esencial para el desarrollo resiliente de las personas y que se empieza a desarrollar desde edades tempranas (Mischel, Shoda y Rodríguez, 1989). En este sentido, en varios estudios llevados a cabo por Ayduk y colaboradores (Ayduk, Mendoza-Denton, Mischel, Downey, Peake y Rodríguez, 2000; Ayduk y Gyurak, 2008), relacionaron la demora de la gratificación con la resiliencia. En éste, se registró la capacidad de demora de la gratificación en niños de 4 años y se comprobó cómo el número de segundos que habían podido esperar cuando eran niños tenía relación con su conducta resiliente en la edad adulta ante los efectos negativos de una situación de riesgo (Duckworth y Seligman, 2005; Schlam, Wilson, Shoda, Mischel y Ayduk, 2013). En concreto, se encontró que los adultos en riesgo de presentar sobrepeso u obesidad habían presentado más bajos tiempos de demora en la infancia, en comparación con otros adultos expuestos a las mismas situaciones de riesgo pero que no habían presentado esos niveles de demora de la gratificación en la infancia.

En esta línea, otros estudios resumen la evidencia que muestra que la alta afectividad positiva (medida en términos de felicidad, optimismo, alegría, satisfacción

y entusiasmo) está vinculada con una menor morbilidad, un aumento de la longevidad y una reducción de los síntomas de enfermedad (Martínez-Correa et al., 2006; Pressman y Cohen, 2005). Este estilo emocional positivo también correlaciona con una mejor función del sistema endocrino (niveles más bajos de cortisol, adrenalina, noradrenalina) y una mejor respuesta del sistema inmune (producción más alta de anticuerpos, mayor resistencia a la enfermedad...) (Steptoe, Gibson, Hamer y Wardle, 2005). Otros resultados similares se han obtenido asimismo en otras investigaciones, evidenciándose la correlación positiva existente entre el autocontrol emocional y ciertas variables puramente biológicas (menor respuesta inflamatoria, menor presión arterial y menor activación de la amígdala a los estímulos aversivos, etc.) (Friedman et al., 2005; García-León y Reyes del Paso, 2008; Ryff et al., 2006; Urry et al., 2004; Van Reekum et al., 2007), lo que redundará en una mayor calidad de vida y salud.

En resumen, si el autocontrol emocional se vincula con una mejor regulación de los procesos biológicos, incrementarlo puede ser una buena vía para fomentar la resiliencia en aquellas personas expuestas a situaciones adversas o que sufren algún tipo de enfermedad mental (Manderscheid et al., 2010; Martínez-Correa et al., 2006; Pettingell et al., 2008). De ahí, que se considere que el fomento del autocontrol emocional, como factor protector, en todas aquellas personas que presentan sus primeros intentos de suicidio sea una buena fórmula para incrementar sus niveles de resiliencia ante tentativas suicidas futuras (Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez y Forns, 2011). Así, parece ser que se recomienda alentar el autocontrol emocional o control (percibido o real) de las emociones en situaciones de peligro, conflicto o incomodidad para potenciar otras variables protectoras como el afrontamiento eficaz centrado en los problemas (Salas-Auvert, 2008; Sánchez-Teruel, 2009).

2.1.4. Control de impulsos

Este constructo se puede definir como el control (percibido o real) del propio comportamiento en situaciones de peligro, conflicto o incomodidad (Bermúdez, Teva y Sánchez, 2003; Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1995; Ruiz-Barquín, 2008; Salas-Auvert, 2008). Existe cierta controversia en la literatura científica sobre el papel que juega la agresividad y la impulsividad dentro del suicidio (Kavoussi, Armstead y Coccaro, 1997; Oquendo y Mann, 2000). Algunos estudios de revisión sobre el suicidio informan de que la agresividad y la impulsividad son elementos independientes en personas que han intentado suicidarse (Jiménez et al., 2006; Oquendo et al., 2004; Roggenbach, Müller-Oerlinghausen y Franke, 2002). Con respecto a la primera, actualmente se asume que un grado de impulsividad elevada puede ser un factor muy influyente en el intento suicida (García-Martín, Rodríguez-García, Albarrán, y Santiago, 2010; Gorlyn, 2005; Kilbane et al., 2009; Nock et al., 2009). De hecho, parece ser que la transición de la ideación a la tentativa suicida viene determinada por un inadecuado control de los impulsos (Gradus et al., 2010; Joiner, Brown y Wingate, 2005; Kilbane et al., 2009).

Existe una falta de consenso en la definición de la impulsividad, lo que ha llevado a dificultar su medición (Gorlyn, 2005). Para algunos autores es considerada como un rasgo de personalidad (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Swann, Bjorka, Moellere y Doughertya, 2002). En este sentido, algunas personas presentan un patrón estable y permanente de comportamientos impulsivos (rasgo-dependencia) ante diversas situaciones, independientemente de su valencia, mientras que otras muestran comportamientos impulsivos pasajeros (estado-dependientes) frente a situaciones ambientales concretas (Stein, Hollander y Liebowitz, 1993). Parece ser que los individuos con impulsividad como rasgo-dependencia son más proclives a presentar sentimientos de pesimismo y desesperanza y una mayor frecuencia de tentativas suicidas poco letales, en tanto que los individuos con impulsividad estado-dependiente son más sensibles a los factores ambientales, los que podrían desencadenar una tentativa de suicidio más letal como forma de escapar de la situación percibida como

amenazante o intranquilizadora. La evidencia encontrada al respecto presta apoyo a lo expuesto con respecto a los individuos con impulsividad estado-dependiente. (Swann et al., 2005).

Otros estudios basados en técnicas de emisión de positrones señalan que la impulsividad se relaciona con la aparición del comportamiento suicida pero no con el grado de letalidad mayor o menor de la tentativa suicida, puesto que la impulsividad puede alterar estructuras cerebrales integradoras del estado afectivo y la toma de decisiones haciendo que los actos impulsivos de tentativas sean menos graves que los actos más planificados (Baca-García, Oquendo, Sáiz-Ruiz, Mann y De Leon, 2006; Oquendo et al., 2003). En cuanto a la letalidad de la tentativa suicida, se ha encontrado que los individuos que han intentado suicidarse de forma impulsiva, comparados con quienes lo hicieron premeditadamente, tienen menores expectativas de morir en el momento de realizar el acto suicida, aunque utilizan métodos más violentos que con frecuencia originan secuelas físicas más severas (Dumais et al., 2005; McGirr y Turecki, 2007). Como consecuencia de esto, se ha planteado la necesidad de detectar la impulsividad (rasgo y estado) y el nivel de control de los impulsos dentro del primer año desde el inicio de la ideación suicida, como momento de especial vulnerabilidad para el impacto multiplicador de otros factores de riesgo (trastornos psicopatológicos, situaciones externas adversas, etc..) que pueden llevar a una persona a planificar el intento o a realizar la tentativa como vía de escape (Brent y Mann, 2006; Ganz, Barqueáis y Sher, 2010; McLean et al., 2008; Nock et al., 2010; Salas-Auvert, 2008).

El control de los impulsos en situaciones de presión también ha demostrado ser una pieza fundamental para el desarrollo de la resiliencia en personas con ideas o tentativas suicidas (Nock, 2009; Villalobos-Galvis, Arévalo y Rojas, 2012). De hecho, algunos estudios han encontrado que el control de los impulsos en la realización de conductas de riesgo (constante búsqueda de emociones) fomenta la resiliencia ante esas conductas (Romer, Duckworth, Sznitman y Park, 2010), aunque recientes estudios

sobre controles sanos utilizando métodos de estimulación magnética transcraneal repetitiva (*repetitive transcranial magnetic stimulation-rTMS*) han mostrado que no está muy clara la influencia de la impulsividad-control de impulsos sobre las tentativas de suicidio (Tracy et al., 2015).

2.1.5. *Estilo atribucional*

Dependiendo de cuáles sean las causas a las que los individuos atribuyen la responsabilidad del resultado de una conducta, o de si el resultado es positivo o negativo, así se verá afectada la forma en la que se afronten las situaciones presentes y futuras (Dua, 1994; Hawkins y Miller, 2003). Este constructo ha recibido el nombre de atribución o estilo atribucional y suele ser entendido como un proceso cognitivo mediante el cual las personas explican las situaciones que experimentan a lo largo de su vida (Fernández-Prieto, 2001; Vázquez y Manassero, 1989; Weiner, 1985). Así, por ejemplo, ante un fracaso en una actividad, algunas personas lo pueden explicar aludiendo a la mala suerte (atribución externa), mientras que otras pueden pensar que son muy torpes o incapaces de realizarla (atribución interna). Así, la atribución interna o externa que hace una persona sobre una situación determinada forma parte de lo que se llaman estilos atribucionales (Dua, 1994; Seligman et al., 1984; Vázquez y Manassero, 1989; Weiner, 1985). De hecho, el estilo atribucional que tiene una persona sobre los acontecimientos positivos o negativos que le ocurren ejerce un papel fundamental dentro de su conducta (De la Torre y Godoy, 2004; Hawkins, y Miller, 2003). Según algunos autores, las causas atribuidas pueden ser clasificadas de acuerdo con tres dimensiones atribucionales: dimensión internalidad-externalidad (según que la causa que provoca el resultado se sitúe en el propio sujeto o fuera de él, respectivamente), dimensión estabilidad-inestabilidad (según que la causa permanezca en el tiempo o bien ocurra de forma puntual) y la dimensión globalidad-especificidad (dependiendo de si la causa que provoca las consecuencias abarca todas las

situaciones o si, por el contrario, la causa sólo es aplicable a una situación concreta) (Abramson, Seligman, y Teasdale, 1978; Seligman et al., 1984; Weiner, 1985).

Desde la década de los ochenta del pasado siglo, los estilos atribucionales se han estudiado en diversos campos, entre ellos la salud y la enfermedad (De la Torre y Godoy, 2004; Dua, 1994; Fernández-Prieto, 2001; Johnson, Crofton y Feinstein, 1996; López-Torrecillas, Martín, De la Fuente y Godoy, 2000; Vázquez y Manassero, 1989). Centrados en la salud mental, existen diversos trabajos que subrayan la influencia que ejerce el estilo atribucional, o también llamado por algunos autores estilo explicativo, sobre la forma en la que una persona afronta los acontecimientos vitales y eso se relaciona con su salud (Cheng y Furnham, 2000; Hawkins y Miller, 2003; Kamen y Seligman, 2007; Manderscheid et al., 2010; Martínez-Correa et al., 2006; Sanjuán y Magallares, 2006). De hecho, estas investigaciones han demostrado que, en personas con trastornos psicológicos, el estilo atribucional pesimista o negativo (causas internas, estables y globales para los eventos negativos y lo contrario para los eventos positivos) era más frecuente que el estilo explicativo optimista (causas externas, inestables y específicas para los eventos negativos y lo contrario para los eventos positivos), lo que podría conllevar en estos pacientes un aumento de su vulnerabilidad psicológica, mala salud o una mortalidad prematura, puesto que ante situaciones adversas estas personas consideran que no tienen control sobre esa situación, que además no pueden hacer nada para cambiarla y que afectan a una gran variedad de aspectos de su vida.

Es bien sabido, que las experiencias adversas y los eventos traumáticos que vive una persona a lo largo de su vida pueden contribuir al desarrollo de tentativas suicidas; sin embargo, este efecto puede ser amortiguado por la influencia del estilo atribucional que utilice la persona para explicar por qué le ocurren esas situaciones adversas y acontecimientos traumáticos (Conversano et al., 2010; Hirsch et al., 2009). Además, otras investigaciones han planteado que el estilo atribucional positivo también afecta a los pensamientos suicidas, encontrando que las personas que

piensan de manera positiva sobre su futuro parecen ser más resilientes ante el efecto de situaciones adversas o traumáticas que les puedan ocurrir, afrontando dichas situaciones con estrategias más activas y funcionales (Achat et al., 2000).

En general, se puede decir que una persona que es capaz de explicar las situaciones adversas pasadas o presentes con un estilo atribucional o explicativo positivo tendrá la capacidad de generar una actitud más resiliente hacia el futuro, y esto puede reducir el impacto de las emociones negativas producidas por determinadas situaciones adversas o traumáticas, lo que le lleva a su vez a reducir el efecto de otros posibles factores de riesgo (García-Valencia et al., 2008; Hirsch y Conner, 2006; Hirsch et al., 2009; Steel, Sanna, Hammond, Whipple y Cross, 2004; Vaillant, 2003).

De ahí que se pueda contemplar que las personas que atribuyen a los acontecimientos vitales negativos una causa transitoria, externa y específica, en lugar de interna, estable y global, experimenten mayores niveles de resiliencia, porque percibirán que pueden controlar esos acontecimientos vitales negativos evitando así conductas como la tentativa suicida (Elliott y Frude, 2001; McLean et al., 2008).

2.1.6. Sentido del humor y optimismo disposicional

La tendencia natural a estudiar aquello que amenaza el bienestar de las personas ha llevado a centrarse con carácter prioritario en los rasgos negativos y a olvidar el valor de los positivos (Fredrickson, 1998; Hawkins y Miller, 2003). En los últimos años esta tendencia está cambiando y numerosos investigadores han comenzado a centrar su interés en la función adaptativa de los rasgos positivos de la personalidad dentro del marco aportado por la Psicología Positiva (Lyubomirsky, King, y Diener, 2005; Manderscheid et al., 2010; Seligman, 2002; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vaillant, 2003). En esta línea, algunos de los rasgos de

personalidad que han acaparado mayor interés han sido el sentido del humor y el optimismo disposicional.

El sentido del humor es la *“capacidad para reconocer con alegría lo incongruente, para ver la adversidad de una manera benigna y para provocar la risa en los demás o experimentarla uno mismo”* (Martínez, 2006, p.252). El sentido del humor amortigua la percepción de las situaciones como estresantes o adversas al favorecer una interpretación positiva de las mismas (Martínez, 2006; Rodríguez, 2008). Además, las personas que tienen un buen sentido del humor se ríen de forma más habitual, lo que se asocia con cambios en los sistemas muscular, cardiovascular, endocrino, inmunológico y neuronal, lo que proporciona sentimientos de alegría, ayuda a relativizar los síntomas y mejora la salud física y el bienestar de la persona (Wanzer, Booth-Butterfield y Booth-Butterfield, 1996). Algunas investigaciones han demostrado que existen diferencias neurocraneales en la percepción de situaciones graciosas o humorísticas según el sexo (Azim et al., 2005). Así, los análisis revelan que las mujeres emplean más áreas cerebrales para procesar el humor y que integran mejor los aspectos emocionales en los procesos cognitivos,. Por último, aunque las mujeres cuentan menos chistes, se ríen más con ellos.

Erickson y Feldstein (2007) llevaron a cabo un estudio con adolescentes en el que analizaron la relación entre el sentido del humor y la resiliencia. En este estudio, señalaron la existencia de cuatro tipos de sentido del humor: humor afiliativo, humor de automejora, humor agresivo y humor autodestructivo. Los dos primeros se relacionaban con la resiliencia, mientras que los dos últimos estaban asociados con la depresión, la hostilidad y la ansiedad, entre otros trastornos. Parece ser que el sentido del humor adaptativo (afiliativo y de auto-mejora) favorece las relaciones sociales y con ello proporciona un mayor apoyo social que funciona como inhibidor del estrés y estimulador de la salud mental positiva, contrarrestando comportamientos de riesgo

como la tentativa suicida (Suicide Prevention Resource Center-SPRC, 2010; Schermer et al., 2015; Tucker et al., 2012).

Por otro lado, el optimismo disposicional hace referencia a expectativas positivas generalizadas de resultado, es decir, a la creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos y que en general las cosas suelen salir bien (Chang y Sanna, 2001; Martínez-Correa et al., 2006). Estas expectativas o creencias posibilitan efectos de ajuste vital en el individuo (sentido de control personal así como la habilidad para encontrar sentido a las experiencias de la vida), pudiendo resultar beneficiosas para la salud física (Chang, 1998; Scheier y Carver, 1992) y para la salud mental (Lyubomirsky et al., 2005; Puskar, Sereika, Lamb, Tusaie-Mumford y McGuinness, 1999; Seligman, 1998).

En general, se ha observado que las personas con serios problemas de salud que presentan una percepción optimista de la enfermedad tienen una vida más prolongada y muestran mejor calidad de vida que aquellos que asumen su condición de manera pesimista (Puskar et al., 1999; Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000). Acorde con lo anterior, las personas pesimistas presentan mayor deterioro en su estado de salud y bienestar, mientras que la orientación optimista se asocia con más resiliencia a la enfermedad y resultados más favorables en la evaluación de su salud (Peterson et al., 1984). En la misma línea, otras investigaciones que han estudiado los factores que contribuyen a la supervivencia después de un intento de suicidio han planteado que determinadas razones positivas para vivir (fundamentalmente las relaciones personales) y el optimismo facilitan el desarrollo de estrategias de afrontamiento que contribuyen a la supervivencia después de un intento, siendo estos factores mejores predictores de la conducta suicida que la cantidad de eventos estresantes a los que eran expuestos los participantes (Chesley y Loring-McNulty, 2003; McLean, Maxwell, Platt y Harris, 2008). Se ha sugerido que las personas que piensan de manera positiva sobre su futuro podrían estar más

protegidas contra los resultados adversos que producen determinadas situaciones vitales porque ponen en marcha estrategias más activas de afrontamiento de los problemas, las cuales permiten una mejor adaptación y resolución de los mismos (Achat, Kawachi, Spiro, DeMolles y Sparrow, 2000; Martínez-Correa et al., 2006).

Otros estudios han demostrado igualmente que la interpretación explicativa que realiza una persona sobre por qué le suceden los acontecimientos vitales adversos es una variable moduladora en la tentativa suicida (Conversano et al., 2010; Ellis y Rutherford, 2008; Hirsch y Conner, 2006; Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk y Parker-Morris, 2009; Manderscheid et al., 2010). De hecho, estas investigaciones informan de que las personas que presentan un estilo explicativo optimista amortiguan los efectos de los acontecimientos vitales traumáticos y estresantes, reduciendo su nivel de riesgo suicida, mientras que las personas que presentan un estilo explicativo pesimista amplifican el impacto de dichos acontecimientos y contribuyen al aumento del riesgo para realizar una tentativa suicida.

2.1.7. *Empatía*

La empatía se refiere a la capacidad para ponerse fácilmente, sin esfuerzo y con intensidad adecuada en el lugar de otras personas (Montes-Berges y Martínez, 2011; Rutter, 2006). Kumpfer y Alvarado (2003) plantean que la empatía es una de las siete claves fundamentales de la personalidad resiliente, tal y como se planteó en apartados anteriores del Capítulo 2 de esta Tesis. Dentro de la empatía existen tres componentes fundamentales: reconocimiento de la emoción, donde la persona es capaz de identificar correctamente la emoción en otra persona a través de gestos o expresiones, la toma de perspectiva de otra persona en una situación emocional determinada y la capacidad de respuesta afectiva, donde ofrece una conducta (verbal y no verbal) que transmite identificación emocional con la otra persona o situación (Seidel et al., 2012; Singer y Lamm, 2009). Hallazgos recientes sugieren que el cultivo

deliberado de la empatía ofrece una nueva estrategia de afrontamiento que fomenta el afecto positivo incluso cuando se enfrentan la persona se enfrenta a otras en situaciones estresantes (Klimecki, Leiberg, Lamm y Singer, 2013). De hecho, la empatía parece correlacionar positivamente con la resiliencia y negativamente con el estrés (Cho y Jung, 2014). En esta línea, algunos autores han planteado juegos de rol para fomentar artificialmente la empatía en relación con la falta de vivienda como moduladora de resiliencia ante situaciones de conflicto social (Belman y Flanagan, 2010). Es cada vez más clara la necesidad de cultivar la empatía para actuar como una vía a la resiliencia y el cambio social, poniendo en marcha intervenciones para la solución de problemas sociales complejos y girar hacia un cambio social positivo. Este aspecto es apoyado por estudios recientes donde a través de entrenamientos longitudinales para el fomento de la resiliencia se producía también un aumento de la empatía que ejercía como variable protectora personal para prevenir actitudes de radicalización violenta (Feddes, Mann y Doos, 2015).

Por otro lado, además muchos estudios demuestran que la empatía parece ser un factor clave dentro de la resiliencia general que protege contra la ideación y la tentativa suicida (Lee, Cheung y Kwong, 2012; Palacios, Sánchez y Andrade, 2010). Con respecto a la tentativa de suicidio, la empatía también parece desempeñar un papel importante modulando otras variables externas, como el tipo de apoyo social recibido o la respuesta de personas claves ante la solicitud de ayuda (Benard, 1991; Grotberg, 1995; Kent, Davis y Reich, 2014; Raynal y Rieunier, 2010; Saavedra y Villalta, 2008). En esta línea, parece ser que sociedades orientales más colectivistas (más empáticas) presentan tasas de suicidio menores que las sociedades occidentales más individualistas (menos empáticas) lo que modula otros factores de riesgo como la falta de apoyo social, la creencia en el propio beneficio antes que el beneficio ajeno y actitudes comunitarias menos participativas, lo que lleva a peores niveles en la calidad de vida y peor salud mental (O'Connor et al., 2015).

2.1.8. *Afrontamiento activo y centrado en el problema*

La literatura científica sobre los estilos de afrontamiento es muy prolífica, y está muy relacionada con las situaciones estresantes o adversas (Godoy-Izquierdo et al., 2008). El estilo de afrontamiento ha sido considerado como un factor mediador importante en la adaptación a la enfermedad (Lazarus, 1991; Lazarus y Folkman, 1984; Vinaccia, Quiceno y Remor, 2011) y se ha relacionado con una adecuada salud física o mental (Penley, Tomaka y Wiebe, 2002).

Los estilos de afrontamiento que aparecen con mayor frecuencia vinculados con la salud mental son el estilo de afrontamiento activo y centrado en la resolución de problemas y el estilo de afrontamiento evitativo y centrado en la emoción. Parece que un estilo de afrontamiento activo estaría asociado de modo positivo con un mejor afrontamiento de las situaciones estresantes (Chang, 1998; Carver et al, 1993; Stanton y Zinder, 1993; Savelkoul, Ritzen y Konings, 2002), modulando el papel desempeñado por otros aspectos protectores para la salud mental como el optimismo (Martínez-Correa et al., 2006), la solicitud de ayuda o la expresión de emociones y esperanza (Schou et al, 2004). Esto es de especial relevancia, señalando que el impacto de los factores de estrés sobre las personas depende en gran parte de las estrategias concretas que se utilicen para hacer frente al evento estresante.

En esta línea, diversos estudios han encontrado que un estilo de afrontamiento activo y centrado en la resolución del problema es un excelente modulador de la resiliencia ante conductas de riesgo o nocivas como la tentativa de suicidio (Johnson, Gooding, Wood y Tarrrier, 2010), aunque su efecto para que se lleve a cabo la tentativa de suicidio parece a su vez depender de otras variables como el sexo, la edad (Edwards y Holden 2001; Puskar et al., 1999), o el grado de control que las personas tengan sobre la situación adversa o traumática (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Así, cuando las personas no tienen control sobre su situación un afrontamiento centrado

en la emoción (aceptación) sería más beneficioso, ya que un afrontamiento centrado en el problema podría generar frustración al sentir que el control se está perdiendo (Elliott y Frude, 2001; Myers, 2007).

En resumen, los resultados de distintos estudios parecen apoyar el hecho de que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema son las más eficaces para fomentar la resiliencia en personas que han realizado intentos de suicidio previos (McMahon et al., 2010; McMahon et al., 2013), pero además estas estrategias son factores protectores claves para evitar reintentos futuros (Mirkovic et al., 2015).

2.1.9. *Esperanza*

La esperanza es un constructo muy relacionado con el optimismo (Aspinwall y Brunhart, 2000; Scheier, Weintraub y Carver, 1986; Scheier y Carver, 1992). La esperanza era contemplada como rasgo (Snyder et al, 1991) y otros autores la contemplaban como estado (Snyder et al, 1996). El optimismo ha sido definido por Snyder et al. (1991) como un conjunto de rasgos sobre que el futuro deparará más éxitos que fracasos. Posteriormente, Snyder (2000) afirmó que el optimismo estaba compuesto por dos componentes principales: la habilidad para planificar un camino de metas deseadas a pesar de los obstáculos, y la motivación para seguir dichos caminos. La esperanza sería entonces la suma de ambos componentes. La esperanza es más fuerte cuando conlleva metas que tienen una probabilidad media de conseguirse, ya que en ellas los obstáculos que se encuentren, al no ser considerados insuperables, sirven para estimular al individuo (Aspinwall y Leaf, 2002). Por ejemplo, la esperanza modularía la capacidad para fijar metas personales valiosas, objetivos realistas, definir los objetivos secundarios, crear múltiples maneras para lograr objetivos y para evitar obstáculos (Sánchez-Teruel, 2012).

El desarrollo de la esperanza se produce a lo largo de la infancia y adolescencia (Snyder, 2000; World Health Organization, 2008). Los niños y adolescentes que tienen altos niveles de esperanza, suelen tener padres que les sirven como modelos, que ejercen un papel de padres esperanzadores y creen en la posibilidad de conseguir pequeños o grandes logros en sus hijos (Snyder et al., 2002). Estos niños y adolescentes reciben la seguridad que sus padres les proporcionan, en un ambiente familiar cálido y estructurado, donde las normas son consistentes y aplicadas de una forma predecible, y donde los conflictos se resuelven igualmente de una manera justa y predecible.

Parece ser que las personas con esperanza son más resilientes a la enfermedad (Peterson et al., 1984; Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000; Snyder y López, 2000), tanto física como mental (Koopmans, Geleijnse, Zitman y Giltay, 2010; Lyubomirsky, King y Diener, 2005; Pressman y Cohen, 2005; Ranieri, Steer y Kovacs, 1987). Respecto a las enfermedades físicas, las personas con esperanza poseen estilos de vida más saludables, siguen bien las prescripciones terapéuticas y realizan conductas que promueven la recuperación tras la enfermedad, lo que previene el desarrollo temprano de estas enfermedades y su mejor recuperación y aumenta su calidad de vida (Broadbent et al., 2009; Cohen y Pressman, 2006; Ramos, Rivero, Piqueras, García y Oblitas, 2008; Tajer, 2009). Además, las personas con esperanza afrontan mejor el estrés y las situaciones adversas, utilizando estrategias activas como la reevaluación y la resolución de problemas (Elliott y Frude, 2001; Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab, y Kubzansky 2005; Thoits, 1995), y forman una red social mejor en torno a sí mismos (Lett et al., 2005; Uchino, 2006).

Luthans, Avey, Avolio, Norman y Combs, (2006) entendían la esperanza como la puesta en marcha de un proceso orientado a objetivos específicos, que incluían el establecimiento de metas, la generación de múltiples vías y el manejo de obstáculos. En un experimento posterior realizado por Luthans, Avey y Patera, (2008) intentaron

desarrollar la esperanza y el optimismo mediante una intervención on-line a corto plazo. Los participantes en la segunda sesión comenzaron planteando metas personales. Tras ello, asistieron a una presentación sobre la importancia de los valores personales y el reto de establecer metas realistas y la consecución de las mismas. Posteriormente, los participantes debían escribir diversas tareas que supusieran un reto asumible, aplicables a la vida laboral, y que fuesen valiosas. La siguiente tarea consistía en descomponer los principales objetivos en subobjetivos, más fácilmente alcanzables. El objetivo del desarrollo de la esperanza estaba cubierto por la identificación y generación de las múltiples maneras, a través de las cuales, lograr el mismo objetivo. El grupo control realizó un ejercicio alternativo a la hora de tomar decisiones. Los resultados mostraron que el “grupo tratamiento” experimentó un incremento significativo en su nivel de esperanza y optimismo, a diferencia del grupo de control o “de espera”, que no lo consiguió. Resultados similares encontraron en un experimento con grupo control y experimental, donde éste último logró un aumento significativo de su nivel de esperanza como componente básico del capital psicológico (Bakker, Rodríguez-Muñoz y Derks, 2012). Sin embargo, este constructo (esperanza) planteado por Snyder et al. (1991) y Snyder (2000), ha recibido algunas críticas por centrarse en exceso en colectivos de jóvenes y sobre todo en muestras de estudiantes estadounidenses, lo que puede limitar la generalización de los resultados a distintas culturas y edades (Chang y Banks, 2007).

La esperanza ha correlacionado negativamente con diversas psicopatologías, en particular con la depresión y la tentativa suicida (Chang, 1998; Scheier y Carver, 1985). En concreto, dentro de los trastornos del estado de ánimo hay un componente que destaca sobre el resto: la desesperanza (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004; Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998). Este aspecto es definido por parte de algunos autores como una sensación de pérdida de control sobre lo que está sucediendo en la propia vida y una sensación de no saber cómo reaccionar ante esta pérdida (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Beck, 1967; Beck, Kovacs y Weissman,

1979). Por su parte, otros autores la han definido como un sistema negativo de creencias y expectativas en relación con uno mismo y el futuro (Benedek, 2006; Britton et al., 2008) y que parece estar muy relacionado con la tentativa suicida (Antypa, Willem Van der Does y Penninx, 2010; Blazer, 2009; Britton et al., 2008; Chioqueta y Stiles, 2007; Edwards y Holden, 2001; Johnson et al, 2010; Guerra et al., 2010; Jiang, Kent y Hesser, 2010; Zdanowicz et al., 2004).

Otros estudios también han puesto de manifiesto la necesidad de trabajar sobre la esperanza, focalizando el interés en todos aquellos aspectos positivos de la etapa vital y que deben ser visibilizados para contrarrestar los efectos negativos de situaciones adversas (Segal, 2009; Turner, 2005). De hecho, la búsqueda del sentido de la vida mostrándo todas aquellas cosas positivas, pequeñas y grandes, por las que merece la pena vivir ofrece resultados muy prometedores para la lucha contra las ideas y tentativas suicidas, fomentando así la resiliencia incluso en situaciones de alta vulnerabilidad suicida (Kleiman y Beaver, 2013). En esta línea, resultados obtenidos sobre la esperanza en población general así lo demostraron, pero además se encontró que el nivel de desesperanza en esta población era muy predictiva de ideación suicida (Sánchez-Teruel, Muela-Martínez y García-León, 2014c).

2.1.10. Capacidad de expresión de emociones y problemas

Algunos autores han indicado que la alexitimia o dificultad que experimenta una persona para identificar y nombrar las propias emociones (Sifneos, 1972), así como la incapacidad para mostrar debilidad o pedir ayuda, pueden constituir factores de riesgo para una mayor letalidad de la conducta suicida (Torres-Malca, 2007). En este sentido, podría ser fundamental fomentar de modo temprano la capacidad de expresar emociones y problemas ante cualquier pensamiento de autoeliminación, ya que esto producirá una mayor resiliencia y protección ante las tentativas suicidas

(WHO, 2014), sobre todo en adolescentes y jóvenes (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

También es de relevancia, para el desarrollo de la resiliencia ante tentativas suicidas en adolescentes y jóvenes que se encuentren en situación de riesgo, promover actitudes verbales y no verbales de expresión de emociones negativas y fomento de pautas de comportamiento eficaces para la gestión de conflictos (Easterbrooks et al., 2011; Gramkowski et al., 2009; Kassis et al., 2013; Rhodes et al., 2012). Así lo muestran algunos trabajos recientes realizados con esta población, en los cuales se refleja que la enseñanza y el entrenamiento de la capacidad para expresar emociones y problemas en fases iniciales del suicidio, como la ideación suicida, podrían constituir un factor de protección contra la realización de tentativas suicidas o lesiones autoinfligidas, propiciando así una mayor resiliencia ante situaciones adversas o estresantes (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

2.2. Variables protectoras personales externas

El papel protector de los factores sociales dentro de la conducta suicida sigue siendo un tema de interés teórico y práctico (Brent et al., 1993). Esta conducta afecta a la persona que lo realiza, afecta a las personas de su círculo inmediato y también a la comunidad en la que la persona vive, no existiendo ninguna cultura en la que el suicidio no ocurra (Benedek, 2006). Dado que los factores sociales contextuales pueden afectar significativamente al bienestar, también pueden servir como predictores de la tentativa suicida (Amitai y Apter, 2012). De acuerdo con varios teóricos principales en el campo del suicidio, las variables sociales deben tenerse en cuenta en la comprensión de esta conducta, y más concretamente en la tentativa donde la integración social juega un papel clave para su predicción (Durkheim, 1897; 2003; Greidanus y Everall, 2010; Joiner, 2005). De hecho, las variables sociales y contextuales parecen ejercer una influencia decisiva en la investigación sobre el

suicidio, y más aún si se analizan los factores protectores externos que promueven resiliencia (Bursztein y Apter, 2009; Overall, Altrows y Paulson, 2006). Veamos algunos de estos aspectos de una forma más específica.

2.2.1. Habilidades Sociales y solicitud de ayuda

Una persona a lo largo de su ciclo vital se ve expuesta a múltiples cambios sociales que pueden aumentar su nivel de estrés y producir un intenso desajuste psicológico presente (Bridge, Goldstein y Brent, 2006; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold 2003) y futuro (Najman et al., 2008; Reinherz, Tanner, Berger, Beardslle y Fitmaurice, 2006). Si se añaden las innumerables variables que se encuentran en su contexto (percepción de falta de apoyo social, posibles desavenencias en las relaciones entre iguales, cambios o conflictos familiares, ruptura de pareja, etc.), puede producirle una mayor dificultad en el manejo de situaciones de su entorno, tanto de aquellas de alto nivel de estrés como de aquellas cuya valencia emocional suele ser neutra (Pintado et al., 2010; Sánchez-Teruel, 2009). Sin embargo, como ya se ha planteado en el Capítulo2 de esta Tesis parece ser que existen muchas variables sociales que ejercen un papel muy importante para amortiguar los efectos negativos de situaciones estresantes ante la posibilidad de suicidio (Amitai y Apter, 2012; Drum y Denmark, 2012; Uchino 2006). Así, determinadas competencias interpersonales, entre ellas las habilidades sociales, pueden promover importantes mejoras en la salud mental (Gil y León, 1992; Ovejero, 1990). Las habilidades sociales son entendidas como estrategias concretas que se aplican para intentar mejorar las interacciones sociales con otras personas (Caballo, 1993). Más concretamente se podrían definir como un conjunto complejo de comportamientos sociales (internos y externos) que interaccionan con el medio para producir unos resultados concretos (Beauchamp y Anderson, 2010).

Dentro del estudio de la tentativa suicida las habilidades sociales presentan un especial interés por lo que supone respecto a los procesos de prevención de conductas de riesgo graves como la tentativa y el suicidio consumado por dos razones. Por un lado, en lo referido a la puesta en marcha de habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata en fases iniciales del suicidio (Pisani et al., 2012; Sánchez-Teruel, 2011; Uchino, 2006) y por otro lado, por la tremenda influencia sobre la creación y utilización de amplias redes de apoyo social (Thomas et al., 2010). Ambos aspectos, son claves dentro de la resiliencia ante tentativas suicidas, aunque vienen determinados por otras variables demográficas como la edad y el sexo y variables más complejas como la cultura (Amitai y Apter, 2012; Bearman, 2004; Levi et al., 2008; Nock, 2009). De hecho, se empieza a reconocer el papel de la cultura como factor que tiene gran influencia en la tentativa, sobre todo por su capacidad para modular aspectos como la salud mental (incluyendo las formas de comunicación en las primeras fases de malestar y cómo manifiestan los síntomas y su voluntad para buscar tratamiento), sus estilos de afrontamiento para arreglar situaciones adversas o estresantes y como los soportes familiares y comunitarios se convierten en moduladores del riesgo o la protección ante la tentativa de suicidio (Pritchard y Amanullah, 2007; Pritchard y Hean, 2008; WHO, 2014). Todos estos aspectos ya han sido tratados en Capítulos anteriores de esta Tesis.

En línea con las habilidades sociales, el trabajo debe ir dirigido a normalizar el hecho de pedir ayuda en situaciones adversas o fomentar la detección precoz, a través de amigos o familiares, puesto que muchas personas en situación de malestar, en escasas ocasiones suelen acudir, por propia iniciativa, a los servicios de salud mental o a familiares y amigos cuando se encuentra en la fase inicial de ideación o antes de realizar los primeros comportamientos de daño autoinfligido o primera tentativa suicida (Christiansen y Larsen, 2012; Fortune et al., 2008). Además, también es importante para el fomento de la resiliencia en personas con vulnerabilidad suicida, promover actitudes verbales y no verbales de expresión de emociones y fomento de un ambiente cordial en la familia, donde se planteen pautas eficaces para la gestión de

conflictos (Kassis et al., 2013; Rhodes et al., 2012). Por ejemplo, las dificultades en la comunicación o una comunicación conflictiva entre padres e hijos, aumenta la probabilidad de riesgo de tentativa suicida en este colectivo (Larraguibel et al., 2005; Pelkonen y Marttunen, 2003). Siguiendo con este planteamiento, dentro del ámbito socio-familiar, es básico entrenar a la familia y amigos, para poder ofrecer apoyo social de tipo emocional, lo que puede fomentar la detección precoz de la fase de ideación, evitando así su tránsito hacia fases más graves del suicidio (Mustanski y Liu, 2013). Este aspecto es especialmente importante en profesores y docentes para que pueden ser verdaderas antenas socio-comunitarias de alarma y apoyo para la prevención de tentativas de suicidio (Shilubane et al., 2015). En esta línea, lo han confirmado amplios programas de prevención de conductas de riesgo ante el suicidio, donde se plantea la necesidad de que los entornos educativos sea moduladores de relaciones interpersonales positivas y entrenamiento de habilidades sociales para fomentar la resiliencia ante la tentativa de suicidio (Wyman, 2015).

Por otro lado, un adecuado nivel de habilidad social potencia la creación y el mantenimiento de la amistad. Así, recientes estudios han mostrado que el tener un grupo de amigos con el que se mantienen relaciones sociales continuas y con el que compartir actividades recreativas y de ocio, es un tremendo protector contra las tentativas de suicidio, ofreciendo fuertes niveles de resiliencia ante esta conducta (Akbari et al., 2015).

En resumen, podríamos decir que las habilidades sociales influyen de forma directa en el número y calidad de relaciones sociales y en la puesta en marcha de habilidades de solicitud de ayuda en momentos de crisis suicida (Wyman, 2015). Todos estos aspectos son imprescindibles para incrementar la resiliencia ante tentativas de suicidio, sobre todo porque disminuyen la posibilidad de que una conducta con menor riesgo (lesión autoinfligida) escale hacia comportamientos suicidas de más letalidad (tentativas o suicidio consumado) en población vulnerable (Giner et al., 2014)

2.2.2. *Apoyo social*

El apoyo social se ha considerado un constructo de carácter multidimensional que afecta directamente a los procesos de salud y enfermedad (Agulló, 1997; Durkheim, 1897; Leavy, 1983; Lett et al., 2005). Aunque a nivel conceptual algunos autores proponen tres componentes básicos del apoyo social (estructura, función y percepción de la calidad) (House, Umberson y Landis, 1988; Lynch, 1995), actualmente se ha demostrado que la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido (Pulgar-Buendía, 2010). Así, parece que la percepción o creencia de que se tiene apoyo emocional podría influir mucho más sobre la salud mental que el apoyo social que se tiene realmente en un momento determinado (Thoits, 1995; Martínez-García y García-Ramírez, 1995).

Diversos autores han planteado que no está muy claro el mecanismo o proceso que sigue el apoyo social para posibilitar dicha influencia sobre la salud mental y física (Agulló, 1997; Castro, Campero y Hernández, 1997). En este sentido, habría dos tipos de efectos (y, por tanto, dos formas de actuación): los directos, en cuyo caso se defiende que el apoyo social posee un efecto directo sobre el bienestar, independientemente del nivel de enfermedad; y los indirectos, en los cuales se aboga por el efecto amortiguador-protector del apoyo social, en estos casos dicho apoyo actúa como moderador de otras fuerzas que hacen al individuo más resiliente. Es conveniente distinguir además entre apoyo emocional e instrumental; así, el apoyo emocional conlleva sentimientos de pertenencia, intimidad y confidencialidad, además de conductas de afecto y cuidado (consolar, escuchar, animar, etc.), mientras que el instrumental supone únicamente prestar ayuda directa, informativa o a través de materiales tangibles como folletos divulgativos o actuaciones protocolizadas (King, Mattimore, King y Adams, 1995). Algunos resultados parecen mostrar que ambos

efectos (directo y amortiguador-protector) parecen estar presentes en el estado de salud de una persona dependiendo de factores como el tipo de apoyo social que ésta reciba (instrumental o emocional) así como de otros factores demográficos como la edad y el sexo (Barrón y Sánchez, 2001; Lett et al., 2005; Pulgar-Buendía, 2010; Quiles, Terol y Quiles, 2003; Uchino, 2006). Por otra parte, la percepción del apoyo social es tan importante que se ha encontrado que influye también en las tasas de mortalidad asociadas con las (tentativas y suicidios consumados (Blazer, 1982; Durkheim, 2003; House et al., 1988), es decir, a menor apoyo social mayores tasas de tentativas y suicidios consumados, sobre todo porque el tener una familia o personas cercanas a quien dirigirse en momentos de alta intensa agitación previene la realización de la conducta suicida (Lopez-Castroman et al., 2011). Algunos estudios basados en autopsia psicológica con personas que se habían suicidado también apoyan lo expuesto, ya que en ellos se ha informado de que el 60% de los suicidas estaban viviendo solos cuando cometieron el acto (Cavanagh, Carson, Sharpe y Lawrie, 2003; Wong, 2006). En este sentido, parece que vivir solo es uno de los factores de mayor riesgo de suicidio (3,92 veces mayor riesgo) en comparación con otros factores sociales de riesgo. Estos resultados son consistentes igualmente con estudios posteriores de revisión, que muestran que el aislamiento social, vivir solo, ya supone una falta de apoyo social siendo este un factor de alto riesgo para la realización de una tentativa suicida al no existir personas que detecten los primeros indicios de riesgo en fases iniciales del suicidio como la ideación (Sánchez-Teruel, 2012).

Hombres y mujeres pueden ser diferentes en la frecuencia de uso de los dos tipos de apoyo social. En concreto, se ha encontrado que los hombres tienden a utilizar más el apoyo social instrumental, mientras que las mujeres suelen usar fundamentalmente el apoyo social de tipo emocional (Heikkinen, Aro y Lonnqvist, 1994). En relación con la tentativa de suicidio, una mayor capacidad para crear y mantener redes sociales amplias en el caso de las mujeres y para desarrollar un sentimiento de importancia social en el caso de los hombres parecen ser factores que

les hacen más resilientes ante la tentativa suicida (Benedek, 2006; Durkheim, 2003; Ome et al., 2005). En la misma línea, se ha hallado una relación negativa entre apoyo social y depresión, desesperanza, ideación suicida y severidad del intento de suicidio en mujeres ingresadas por tentativas de suicidio (Gómez, et al., 1995).

Un último grupo de estudios sugieren igualmente que el apoyo social puede ser una variable que incremente o decremente el riesgo de suicidio, dependiendo de la edad de la persona y de si el apoyo social recibido proviene de fuentes adaptativas o disfuncionales (Maimon y Kuhl, 2008; Meadows, Kaslow, Thompson y Jurkovic, 2005; Nakagawa et al., 2009; Winfree y Jiang, 2010). De hecho, en adolescentes y jóvenes, cuando sus amigos o familia han realizado tentativas suicidas previas el apoyo social derivado de estas fuentes puede convertirse en un factor de alto riesgo para esta conducta más que un factor protector (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014). Sin embargo, tampoco está muy claro si esta relación es resultado de una predisposición biológica relacionada con la familia y/o de una exposición ambiental a factores de riesgo o a mecanismos epigenéticos como la valoración de la tentativa suicida como modo viable de escape a situaciones adversas (Nakagawa et al., 2009). En lo que sí parece haber consenso es en considerar que las relaciones familiares positivas y un modelo maternal de afrontamiento activo producen un nivel alto de resiliencia en niños y adolescentes (Evans et al., 2005; McLean et al., 2008).

En definitiva, parece ser que el apoyo social percibido, de carácter emocional, y proveniente de estructuras sociales adaptativas, es un potente protector contra la tentativa suicida en diferentes poblaciones y colectivos, al ponerse en marcha mecanismos de solicitud de ayuda previa en fases menos letales del suicidio (ideación) (McLean et al., 2008; Meadows et al., 2005; Nakagawa et al., 2009; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

3. LA EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA ANTE TENTATIVAS SUICIDAS

A lo largo de la literatura consultada se ha comprobado que existe una gran cantidad de instrumentos de evaluación que valora el concepto de suicidio o alguna fase concreta del mismo (Kessler, Borges y Walters, 1999). La mayoría de los instrumentos evalúan ideación suicida, un número menor de pruebas de evaluación examinan los intentos de suicidio y una minoría valoran los planes de suicidio o las lesiones autoinfligidas (Nock et al., 2006).

La utilización de escalas de evaluación del riesgo suicida es fundamental porque éstas: 1) sirven como referencia y aumentan la exhaustividad de la evaluación (Bongiovi-Garcia et al., 2009), 2) aumentan la capacidad de predicción de nuevas conductas suicidas, especialmente teniendo en cuenta que las tentativas previas son los mejores predictores de las conductas suicidas más severas (Nock et al., 2007; Posner et al., 2011); y 3) aportan un soporte legal a la evaluación del riesgo (Fernández, Pera y Fernández, 2012). Sin embargo, recientes estudios han alertado sobre la necesidad de fomentar adaptaciones culturales en las escalas que miden alguna fase del suicidio, al existir una tremenda heterogeneidad en la epidemiología y clínica relacionada con la conducta suicida en distintos países, e incluso en territorios de un mismo país (González-Navarro et al., 2012; Mejías et al., 2011; Pritchard y Hean, 2008; WHO, 2014). En esta línea, algunos autores recomiendan utilizar escalas que cuenten con propiedades psicométricas adecuadas y que hayan sido adaptadas y validadas en nuestro medio (Ayuso-Mateos et al., 2012). Además, otros autores también informan de que los escasos instrumentos que sí podrían contemplarse como libres de sesgos culturales, presentan otros problemas metodológicos referidos al tipo de muestra utilizada o son poco aplicados por los profesionales de la salud en los ámbitos clínicos, por ser excesivamente largos o poco predictivos (Bech y Awata, 2009; García-Nieto et al., 2012; García-Nieto et al., 2013; Rico-Villademoros et al., 2011; Sáiz y Bobes, 2014). Sin embargo, dentro del ámbito sanitario, y sobre todo en los servicios

de urgencias, es clave utilizar instrumentos rápidos, fiables y válidos que puedan predecir los reintentos de suicidio futuros en personas que ya han realizado un intento anterior, pero a menudo se realiza de forma incompleta de acuerdo con los informes clínicos (Miret, Nuevo y Ayuso-Mateos, 2009).

En línea con lo planteado, algunos estudios de revisión realizados en España por parte de diversas Sociedades Científicas y una gran cantidad de expertos en la materia, empiezan a recomendar la necesidad de desarrollar y aplicar escalas de evaluación de factores protectores resilientes ante conductas suicidas, que sean altamente predictivas de suicidios más letales como la tentativa, y que además no sean meras traducciones, sino adaptaciones culturales en nuestro contexto (Ayuso-Mateos et al., 2012; Sáiz y Bobes, 2014). Respecto a este último punto, parece que se han adaptado recientemente algunos protocolos de valoración del suicidio en España (García-Nieto et al., 2012) o se están empezando a desarrollar nuevos instrumentos de evaluación de riesgo suicida, partiendo de los ítems más discriminantes de escalas de valoración del riesgo de suicidio (Blasco-Fontecilla et al., 2012) o de entrevistas de evaluación del rango de comportamientos suicidas y/o autolesivos (García-Nieto et al., 2013). Sin embargo, ninguno de estos instrumentos se centra en los factores protectores que promueven la resiliencia amortiguando los factores de riesgo ante la tentativa suicida futura en personas que han realizado intentos previos de suicidio, aunque varias revisiones han planteado la importancia de estos factores protectores como moduladores del riesgo suicida (Johnson et al., 2010; Johnson et al., 2011; Sáiz y Bobes, 2014).

3.1. Instrumentos de evaluación de la resiliencia ante tentativas suicidas

La mayor parte de la literatura en el campo de las tendencias suicidas se habían centrado en la identificación de factores de riesgo asociados con el suicidio, incluyendo características de las personas que había realizado un acto suicida (Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983). El interés de los investigadores del suicidio sobre los factores

de riesgo es una explicación de la escasa existencia de instrumentos que valoren factores de protección ante esta conducta de riesgo (Jobes y Mann, 1999; Osman et al., 1999). Solo unos pocos estudios han abordado la relación entre la resiliencia y el suicidio, focalización el interés sobre los factores de protección contra alguna de las fases del suicidio (Inventario de Razones para Vivir-*The Reasons for Living Inventory* de Linehan et al., 1983; Inventario de Resiliencia ante el Suicidio-*Suicide Resilience Inventory-SRI-25* de Osman et al., 2004). Sin embargo, en unos casos solo se analizan las razones para no cometer un acto suicida y no la resiliencia (Lihehan et al., 1983) y en ambas aportaciones los factores potenciales de resiliencia se han valorado de forma lineal con suicidio en población sin ideas ni tentativas (Linehan et al., 1983; Osman et al., 2004; Rutter, Freedenthal y Osman, 2008), no adaptando estos instrumentos concretos en población con tentativas de suicidio y tampoco podían predecir tentativas futuras en función de la valoración de determinados factores protectores (Johnson et al., 2010). En esta línea, solo existe en la literatura especializada sobre resiliencia y suicidio un instrumento de evaluación de la resiliencia ante el suicidio (Inventario de Resiliencia ante el Suicidio-*Suicide Resilience Inventory-SRI-25* de Osman, Gutiérrez, Muehlenkamp, Dix-Richarson, Barrios, Kopper, 2004). Sin embargo, este instrumento presenta algunas limitaciones conceptuales o metodológicas que son necesarias concretar: Por un lado, la conceptualización inicial de la resiliencia en la IRS-25 es entendida para atenuar la probabilidad de que un riesgo conduzcan a un resultado concreto (ideas o intento de suicidio), pero no es una dimensión separada del riesgo. Y por otro lado, tanto en el estudio originario como en el resto de aplicaciones sucesivas se ha ido mejorando sus propiedades psicométricas siempre en población que no ha realizado tentativas de suicidio, y además no se han producido comparaciones del inventario entre población general y entre personas que han realizado alguna tentativa previa. Con todo ello, es importante reconocer la tremenda aportación que han realizado estos autores a la literatura especializada sobre resiliencia y tentativas de suicidio.

Veamos de una forma más pormenorizada el *Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (Suicide Resilience Inventory-SRI-25)*. Osman et al. (2004) crearon esta escala para valorar la existencia de ideación y tentativa suicida previa en adolescentes y adultos jóvenes que no han tenido ninguna tentativa de suicidio. SRI-25 intenta valorar la resiliencia junto con otros factores de protección midiendo procesos cognitivos y afectivos que hacen posible que una persona pueda hacer frente a los pensamientos e intentos suicidas. Según los propios autores las puntuaciones del inventario diferencian entre aquellas personas (a) sin pensamientos suicidas o intentos anteriores, de aquellas otras con (b) breves pensamientos suicidas o de aquellas que han tenido (c) planes de suicidio o intentos anteriores. Se aplicó inicialmente a 540 adolescentes y adultos jóvenes sin intentos previos de suicidio para valorar el funcionamiento de la escala. Existe evidencia empírica limitada de las propiedades psicométricas de la SRI-25 debido al reciente desarrollo de esta medida. Sin embargo, esta escala fue seleccionada para ser utilizada en esta Tesis debido a la falta de otro cuestionario para medir resiliencia ante el suicidio, y además existen algunos hallazgos psicométricos iniciales que fueron realizados sobre muestras de estudiantes universitarios sin intentos previos de suicidio (Rutter, Freedenthal y Osman, 2008). De forma más específica, este cuestionario fue creado y validado a través de dos investigaciones: En la primera se aplicó la SRI-25 a 540 jóvenes y adultos, en el segundo estudio se aplicó a 239 estudiantes universitarios. Esta escala está constituida por 25 ítem, con una respuesta de tipo Likert desde 1= muy en desacuerdo a 6= muy de acuerdo. Todos los ítems tienen una dirección positiva, y su rango oscila entre 25 y 150 puntos.

En primer lugar, Osman et al., (2004) crearon la escala y las subdimensiones que la constituían basándose en las recomendaciones de Haynes, Richard y Kubany (1995). Posteriormente, en el primer estudio, se obtuvieron fiabilidades alfa de 0,95 para el total de la prueba y entre 0,90 y 0,93 para cada una de sus subdimensiones (interna, estabilidad emocional y externa). Osman et al. (2004) identificaron tres

factores de la resiliencia (validez de constructo o estructural), que explicaban (61,8% de varianza total de la escala): Protección Interna (9 ítems con 38,95% de varianza explicada), Protección Externa (8 ítems con 6,48% de la varianza) y Estabilidad Emocional (8 ítems con 10,38% de la varianza). Los factores internos de protección eran entendidos como todas aquellas creencias positivas y sentimientos acerca de sí mismo y de satisfacción con la vida, la subescala denominada como factores internos de estabilidad emocional mide las creencias positivas acerca de la propia capacidad de regular los pensamientos y comportamientos relacionados con el suicidio cuando la persona se expone a acontecimiento estresantes o sufre síntomas depresivos o el rechazo interpersonal, y finalmente la subescala de factores externos de protección que reflejan la capacidad para buscar recursos externos percibidos que son útiles en situaciones de vulnerabilidad suicida (hablar con familiares o pedir apoyo). En el segundo estudio con estudiantes universitarios (Osman et al., 2004), se obtuvo evidencia de validez discriminante a través del SRI-25, que discriminaba entre aquellos adultos jóvenes (a) sin pensamientos suicidas o intentos anteriores (145 hombres y 153 mujeres), (b) de aquellos con algunos pensamientos suicidas (55 hombres y 110 mujeres), (c) y de aquellos otros con planes o intentos previos (22 hombres y 55 mujeres). Osman et al., (2004) compararon los adolescentes y los estudiantes universitarios divididos en tres grupos: no suicidas, con ideación suicida y con suicidio de riesgo, utilizando para ello una medida de ideación suicida en concreto el Cuestionario Revisado de Conductas Suicidas (The Suicidal Behaviors Questionnaire-revised-SBQ-R de Osman et al., 2001) para valorar la ideación y tentativa suicida. Este cuestionario tiene 4 ítems y sus puntuaciones que van desde 3 a 18 puntos. El cuestionario presenta evidencia suficiente para ser una herramienta eficaz en la investigación entre los grupos clínicos y no clínicos, con una fiabilidad alfa de 0,76 (Osman et al., 2001). Posteriormente, al comparar las puntuaciones medias del IRS-25 con el SBQ-R en los tres grupos, el grupo de riesgo de suicidio ($M = 4,6$, $DT = 0,9$) mostró menor resiliencia ante el suicidio en comparación con los grupos de no suicidas ($M = 5,6$, $DT = 0,5$) y con ideación suicida ($M = 5,3$, $SD = 0,6$, $p < 0,01$).

Según los estudios posteriores de Rutter, Freedenthal y Osman, 2008 (2008) en población universitaria de etnias diversas la SRI muestra una alta fiabilidad alfa en protección interna ($\alpha = 0,92$), Estabilidad Emocional ($\alpha = 0,92$) y protección externa ($\alpha = 0,86$), consistentes con el estudio original (Osman et al. 2004). También se ofreció una adecuada validez de criterio con desesperanza (Beck Hopelessness Scale –BHS de Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974) ($r = 0,68$), con ideación suicida (Cuestionario de Ideación Suicida-The Suicidal Ideation Questionnaire-SIQ de Reynolds, 1988) ($r = 0,67$), pero moderada con apoyo social (Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS; Zimet, Powell, Farley, Werkman y Berkoff, 1990) ($r = 0,47$). Además, parece ser que esta escala SRI presenta invarianza de la medida y apoyo al modelo trifactorial en muestras de adolescentes con trastornos psiquiátricos (Gutiérrez, Freedenthal, Wong, Osman, Norizuki, 2012) y en estudiantes universitarios americanos y chinos (Fang, Freedenthal y Osman, 2014). Originariamente, el SRI-25 fue adaptado al español en adolescentes y jóvenes de Colombia sin tentativas previas de suicidio (Rojas y Arévalo, 2008), y posteriormente (Villalobos-Galvis, Arévalo y Rojas, 2012) fueron valoradas sus propiedades psicométricas en niños, adolescentes y universitarios de Colombia (de 10 a 25 años de edad) sin tentativas previas de suicidio, obteniéndose una estructura trifactorial igual que la escala original y un alfa de 0,92 para la prueba total y entre 0,87;0,88 y 0,85 para cada uno de los factores (protección interna, estabilidad emocional y protección externa). Se obtuvieron correlaciones positivas entre bajas y moderadas con medidas de autoestima ($r = 0,69$), apoyo social ($r = 0,47$), solución de problemas ($r = 0,51$) y razones para vivir ($r = 0,49$) y correlaciones negativas inversas con desesperanza ($r = -0,43$), depresión ($r = -0,51$) e ideación suicida ($r = 0,42$).

Como ya han demostrado investigaciones recientes la resiliencia parece ser un aspecto tremendamente modulado por la cultura, entre otras variables, sobre todo porque las situaciones adversas suelen ser muy diferentes según territorios y países, al

igual que ocurre con la tentativa suicida (Amitai y Apter, 2012; Kalmár, 2013; Lee et al., 2012; Lopez-Castroman et al., 2015; Macedo et al., 2014; McLean et al., 2008; Rutter, 2013; Simon et al., 2013; Windle, 2011b). Además, se puede observar a lo largo de la literatura sobre medición de la resiliencia ante tentativas suicidas, que son escasos los instrumentos existentes que midan este aspecto del desarrollo humano, pero además, no existe ninguno instrumento culturalmente adaptado a población española que haya realizado una tentativa de suicidio previa y menos aún que hayan sido valoradas sus propiedades psicométricas.

3.2. Aspectos a tener en cuenta para construir instrumentos de evaluación de la resiliencia ante tentativas suicidas

En general, la construcción de una escala en Psicología debe regirse por la siguiente secuencia de actividades (Naglieri, LeBuffe y Ross, 2013): 1) definir la variable o variables que se quieren medir en función de la literatura existente, 2) desarrollar los ítems (que sean claros y que manifiesten una sola conducta) y realizar un estudio piloto para observar su fiabilidad y validez 3) explorar la escala con muestras más grandes o específicas de forma que se confirmen o no los resultados en cuanto a su fiabilidad y validez.

En línea con lo expuesto, y teniendo en cuenta lo que se ha planteado en capítulos anteriores, las recomendaciones básicas para la construcción y selección de instrumentos de evaluación de la resiliencia ante los riesgos de tentativa suicida deberían ser: a) Que midan procesos, es decir, que se utilicen diversas medidas (cuantitativas y cualitativas) para evitar exclusivamente la detección de riesgos en favor del interés por conocer también factores protectores ante el riesgo. Esta Tesis pretende crear un instrumento basado en factores de protección ante un riesgo concreto (tentativa suicida) b) Derivado de la anterior, la resiliencia debe ser medida a través de autoinformes, pero también a través de medidas más cualitativas, como las entrevistas. De hecho, esta Tesis utiliza un instrumento basado en factores protectores

como medida cuantitativa y una entrevista como medida cualitativa c) La resiliencia como proceso dinámico, implementa la realización de mediciones longitudinales, y no solo transversales. Esta Tesis utiliza un instrumento de medición transversal, pero posteriormente se realiza un seguimiento sobre las personas que han realizado una tentativa suicida durante 6 meses, momento más vulnerable para los reintentos. d) Las variables del ambiente (cultura) junto con algunos factores demográficos (edad), hacen necesario que las medidas deban ser contextualizadas y locales, y por tanto es difícil llegar a conclusiones generales aplicables a diferentes contextos a través de un sólo instrumento, lo que implicaría que la resiliencia no es general, sino específica en función de los riesgos que provocan diversas situaciones adversas a las que se expone el individuo. Esta Tesis utiliza otros instrumentos de medición de la resiliencia general y el único que existe para la evaluación de la resiliencia ante tentativas suicidas en español (Villalobos-Galvis et al., 2012). Finalmente, algunos autores insisten que para realizar una construcción fiable y válida de un instrumento de evaluación de la resiliencia sería clave introducir modelos multivariados, que aglutinen el uso de varios instrumentos (validez de constructo) para comprobar si las escalas aportan los mismos resultados acerca de los recursos resilientes de las personas o se dan otros diferentes, y que además sean estudios con orientación prospectiva y longitudinal a lo largo del tiempo, utilizando instrumentos cualitativos distintos al auto-informe, como podrían ser estudios de casos o entrevistas (Smith, Tooley, Christopher y Kay, 2010; Smith, Epstein, Ortiz, Christopher y Tooley, 2013; Uriarte, 2005). Como se ha planteado anteriormente, esta Tesis utiliza otros instrumentos para intentar medir la validez de constructo y de criterio, aunque dichos instrumentos no hayan sido creados originariamente en español y tampoco se hayan valorados sus propiedades psicométricas en personas que han realizado tentativas suicidas.

Partiendo de todo lo expuesto en el marco teórico parece ser que esta tesis cumple todos y cada uno de los requisitos planteados anteriormente. Pero además, el objetivo general de esta tesis es construir un instrumento específico que valore la

resiliencia ante tentativas suicidas en personas que ya han realizado alguna tentativa previa y estudiar sus propiedades psicométricas. Así mismo, se espera comprobar si dicho instrumento predice una nueva tentativa suicida en la citada población.

CAPÍTULO 4:

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LOS ESTUDIOS

1. MARCO TEÓRICO

La resiliencia proviene de una fusión de ideas entre múltiples tradiciones disciplinarias, entre ellas la Ecología (Holling, 1973; Gunderson, 2009), la Ingeniería (Tierney y Bruneau, 2007), la Geografía (Cutter et al., 2008), el Trabajo Social (Somasundaram y Sivayokan, 2013), la Psicología (Lee et al., 2009; Norris, 2011) y, más recientemente, la Neurobiología (Fernandes de Oliveira et al., 2012; Lee, Cheung y Kwong, 2012). Sin embargo, el término resiliencia no es tan reciente como se cree (Fernández-Ríos y Cornes, 2009; Fernández-Ríos y Novo, 2012). Su origen se remonta a la dimensión de vulnerabilidad-Invulnerabilidad planteada por algunos autores en los años 70 (Anthony, 1974; Garmezy, 1971; Rutter, 1979), aunque ha sido en los años 80 cuando Rutter (1987) la definió como se entiende actualmente: “concepto interactivo que se relaciona con la combinación de experiencias de riesgo significativas y consecuencias psicológicas relativamente positivas a pesar de esas experiencias” (p. 317). El creciente interés que se ha ido otorgando en los últimos años a este concepto ha venido determinado por los resultados ofrecidos por varios estudios (Bonanno, 2004; Masten, 1999; 2001; Rutter, 1993; Vázquez, 2005), donde se muestra que existen personas que, habiendo sufrido circunstancias traumáticas (guerras, atentados, maltrato, abusos, etc.), no sólo no desarrollan posteriormente problemas de salud mental o conductas desadaptativas, sino que responden con una rápida recuperación a esas situaciones vitales negativas o adversas y además parecen presentar un importante crecimiento psicosocial o personal que antes de la exposición a la situación traumática no existía (Arenas-Landgrave, Lucio-Gómez y Forns, 2011; Everall, Altrows y Paulson, 2006).

Así, los datos ofrecidos por diversos autores informan de la existencia de dos grandes grupos de variables psicosociales que podrían promover la resiliencia: las internas y las externas (Garmezy, 1991,1993; Osman et al., 2004; Villalobos-Galvis, Arévalo y Rojas, 2012). Las variables internas que parecen pronosticar un mayor nivel

de resiliencia serían: el autoconcepto (Orth, Trzesniewski y Robins, 2010), la autoregulación y flexibilidad cognitiva (Karoly, 2012; Wills y O'Carroll, 2012), el estilo atribucional (Hirsch, Wolford, Lalonde, Brunk y Parker-Morris, 2009; McLean, Maxwell, Platt y Harris, 2008), el autocontrol emocional (Salas-Auvert, 2008), el control de impulsos (Kilbane, Gokbayrak, Galynker, Cohen y Tross 2009; Ganz, Barqueáis y Sher, 2010; Nock, 2009), el sentido del humor (Rodríguez, 2008), el optimismo disposicional (Conversano et al., 2010; Hirsch et al., 2009; McLean et al., 2008; Manderscheid et al., 2010), la empatía (Cardozo y Alderete, 2009; Rutter, 2006), el afrontamiento centrado en el problema (Johnson, Gooding y TARRIER, 2008), la esperanza (Hawton, Casañas i Comabella, Haw y Saunders, 2013; Holma et al., 2010) y la capacidad de expresión de emociones y problemas (Anestis y Joiner, 2011; Miranda, Tsypes, Gallagher y Rajappa, 2013; Sánchez-Teruel, 2009). Por su parte, dentro de las variables consideradas externas se encuentra la solicitud de ayuda y el apoyo social de tipo emocional (McLean et al., 2008; Meadows, Kaslow, Thompson y Jurkovic, 2005; Nakagawa et al., 2009; Pisani et al., 2012).

Basándose en esta línea de trabajo sobre resiliencia, algunos estudios sugieren que determinadas variables internas y externas podrían amortiguar los factores de riesgo suicida, promoviendo un resultado resiliente en vez de un resultado adverso (tendencias suicidas) (Benda, 2003; Johnson, Gooding, Wood y TARRIER, 2010; Johnson, Wood, Gooding, Taylor y TARRIER, 2011; Roy, Sarchiapone y Carli, 2007a; Sánchez-Teruel, 2012; Stratta y Rossi, 2013), al existir mecanismos de funcionamiento que son comunes para ambos, por ejemplo esperanza-desesperanza (Johnson et al., 2011). Pero además, estos estudios plantean la posibilidad de que la identificación de los factores que modulan la resiliencia como resultado podrían mejorar las estimaciones del riesgo de suicidio en mayor medida que otros factores predictores como la esquizofrenia (Cavanagh, Carson, Sharpe y Lawrie, 2003), la depresión (Roy, Carli y Sarchiapone, 2011; Roy, Sarchiapone y Carli, 2007b) o la desesperanza (Johnson, Gooding, Wood, Taylor, Pratt y TARRIER, 2010) por lo que, la identificación y el desarrollo de estos

factores podría ser un objetivo fundamental en las intervenciones para la prevención de las tentativas suicidas en adolescentes y jóvenes (Lee, Cheung y Kwong, 2012; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014a), en adultos (Sánchez-Teruel, Muela-Martínez, García-León, 2014a) y en personas mayores (Gooding et al, 2012).

La importancia de medir la resiliencia específicamente en tentativas suicidas viene determinada porque una persona puede ser resiliente ante unas situaciones de riesgo específico pero no en otras (Johnson et al. 2011; Lee, Cheung y Kwong, 2012; Suicide Prevention Resource Center, 2010). De hecho, los resultados del metaanálisis de Johnson et al. (2011) sugieren que la investigación futura debería ampliar la base de las pruebas existentes, no centrándose exclusivamente en las muestras más accesibles (estudiantes y población general), sino también focalizando su atención sobre personas que específicamente han realizado tentativas suicidas y centrándose en la manera en que determinados factores de protección resilientes se conceptualizan y se miden en esta población.

Aunque la literatura científica ya ha ofrecido resultados que apoyan la importancia de la medición de la resiliencia dentro de la tentativa suicida, la mayoría de esos estudios utilizan instrumentos de resiliencia general en estudiantes universitarios (Connor y Davidson, 2003; Wagnild y Young, 1993) o en población expuesta a situaciones adversas o con alto nivel de estrés (Carli et al., 2010; Johnson, Gooding, Wood, Taylor, Pratt y Tarrrier, 2010; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015a; Stratta y Rossi, 2013), pero muy pocos estudios utilizan instrumentos específicos de resiliencia ante el suicidio en población con tentativas suicidas. Así, aunque Osman et al. (2004) crean el Inventario de Resiliencia ante el Suicidio- *Suicide Resilience Inventory-25* (SRI-25), para medir resiliencia ante el suicidio en jóvenes, acaban usándolo en población sin tentativas previas de suicidio. Posteriormente, Villalobos-Galvis et al. (2012) tradujeron al español este instrumento y lo aplicaron en adultos jóvenes de Colombia sin intentos de suicidio, obteniendo similares resultados a los

originales, pero sin administrar tampoco el instrumento a otro tipo de muestras con tentativas de suicidio.

En definitiva, parece ser que la mayoría de los estudios que miden resiliencia relacionada con el suicidio utilizan medidas de resiliencia general en población con tentativas previas de suicidio (Carli et al., 2011; Roy et al., 2007a, b; Roy et al., 2011) o utilizan instrumentos de resiliencia ante el suicidio en población que no ha tenido tentativas previas (Gutierrez, Freedenthal, Wong, Osman y Norizuki, 2012; Johnson, Gooding, Wood, Taylor, Pratt y Tarrier, 2010; Rutter, Freedenthal y Osman, 2008), por lo que no hay demasiada bibliografía que evalúe la resiliencia en población que haya realizado una tentativa de suicidio anterior a través de instrumentos específicos y adaptados culturalmente. En esta línea, diversos autores han planteado que tanto la resiliencia como la tentativa suicida parecen ser aspectos tremendamente modulados por la cultura, sobre todo porque las situaciones adversas suelen ser muy diferentes según territorios y países (Amitai y Apter, 2012; Kalmar, 2013; Lee et al., 2012; Lopez-Castroman et al., 2015; Macedo et al., 2014; McLean et al., 2008; Rutter, 2013; Simon et al., 2013; Windle, 2011b).

2. PANORÁMICA GENERAL DE ESTA TESIS

El objetivo general de esta tesis es investigar la resiliencia en relación con un riesgo concreto: las tendencias suicidas, centrándose en particular en las tentativas de suicidio. El propósito es hacer frente a las limitaciones de la literatura que han sido referidas en capítulos anteriores.

En primer lugar, en el capítulo 1, se ha propuesto un marco para la investigación de las tentativas suicidas como las conductas más predictivas, según la literatura especializada, del suicidio consumado, revisando así la tentativa suicida y los estudios que han investigado los factores de riesgo de esta conducta concreta. En

segundo lugar, en el capítulo 2, se ha propuesto un marco para la investigación de la capacidad de recuperación o resiliencia general, en función de sus orígenes, conceptualización inicial y actual, modelos explicativos y componentes e instrumentos de evaluación existentes. En tercer lugar, dentro del capítulo 3, se han revisado los escasos estudios sobre resiliencia ante el suicidio, haciendo especial hincapié en aquellos que se centran en las tentativas suicidas y analizando todos los factores protectores (internos y externos) que la literatura plantea de interés para valorar la resiliencia ante las tentativas de suicidio. También se han analizado los escasos instrumentos que miden resiliencia ante tentativas suicidas y sus potencialidades y limitaciones metodológicas. En cuarto lugar, en los capítulos 4 y 5, se han planteado los objetivos e hipótesis de la presente Tesis, así como la metodología llevada a cabo para hacer frente a la escasez actual de investigación sobre instrumentos culturalmente adaptados y con adecuadas propiedades psicométricas que valoren la resiliencia ante la tentativa de suicidio en dos muestras de población: una general (N=470) y otra con personas que han realizado un intento de suicidio (N=131). En quinto lugar, en el capítulo 6, se exponen los resultados obtenidos de todo el proceso de investigación en ambas muestras y, finalmente en el capítulo 7, se discuten los resultados obtenidos y se plantean limitaciones que pueden contemplarse como perspectivas futuras de interés sobre la resiliencia ante el suicidio para investigadores y profesionales.

En definitiva, el objetivo general de esta Tesis Doctoral sería construir y validar un instrumento de evaluación de la resiliencia ante tentativas suicidas en población que haya realizado una tentativa de suicidio previa y que además sea eficaz para la predicción de nuevas tentativas suicidas futuras, mostrando la necesidad de adaptar instrumentos de evaluación psicológica en la población destinataria.

1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS

Este objetivo general planteado anteriormente se divide en los siguientes objetivos específicos e hipótesis:

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Construir una escala viable de evaluación de la resiliencia ante tentativas suicidas:

- Hipótesis 1.1: La escala de resiliencia ante tentativas suicidas que ha sido construida será comprensible, corta y fácil de administrar.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Analizar la fiabilidad y validez de la escala construida y comparar sus resultados en una muestra de la población general y una muestra clínica:

- Hipótesis 2.1.: La fiabilidad a través de la consistencia interna y fiabilidad dos mitades de la escala de resiliencia ante tentativas suicidas será diferente según la muestra analizada.
- Hipótesis 2.2.: La validez de constructo y de criterio de la escala de resiliencia ante tentativas suicidas será diferente según la muestra de validación.
- Hipótesis 2.3.: La escala de resiliencia ante tentativas suicidas adaptada en población clínica presentará una alta validez predictiva para valorar reintentos de suicidio futuros durante seis meses de seguimiento en una muestra de personas que han realizado un intento previo, en comparación con la escala derivada de la población general.
- Hipótesis 2.4.: La escala de resiliencia ante tentativas suicidas validada en población clínica presentará una mejor validez predictiva para valorar nuevos reintentos de suicidio durante seis meses de seguimiento que la validada en población general y mejor que otras escalas de resiliencia (CD-RISC, RS-14) y de resiliencia ante el suicidio (SRI-25) y número de intentos anteriores.

CAPÍTULO 5:

MÉTODO

1. ACLARACIÓN SOBRE EL MÉTODO APLICADO EN ESTUDIOS EMPÍRICOS

A continuación, se refleja la metodología aplicada en esta Tesis Doctoral en la que se han realizado las dos líneas de estudio según el tipo de población utilizada: población general (N=470) y población con tentativas suicidas (N=131).

2. MÉTODO

2.1. Participantes

2.1.1. Participantes de la población general

En el presente estudio participaron 470 personas de la población general (207 hombres, 44% y 263 mujeres, 56%), de las cuales 307 eran estudiantes universitarios de la Universidad de Jaén (España) y 163 eran estudiantes de cursos de formación, solicitantes de servicios de orientación profesional o miembros de asociaciones diversas y redes sociales. Las edades oscilaron entre 18 y 71 años, con una edad media de 38,8 (DT = 8,67). El procedimiento de muestreo ha sido incidental o por conveniencia, a través de colaboradores, procurando un equilibrio en variables demográficas como la edad y el sexo. La muestra total se caracterizaba por estar constituida mayoritariamente por mujeres que viven en la provincia de Jaén (189; 40,3%). Además, la mayoría de los participantes tenía estudios medios finalizados (373; 79,4), eran solteros (149; 31,7%), con un nivel socio-económico medio (259; 55,1%), la mayoría vivía con compañeros (110; 23,4%), no tenían hijos (263; 55,9%) y se auto-percibían como desempleados (242; 52,8) (Tabla 4).

Tabla 4

Resumen datos socio-demográficos de la muestra general (N=470)

Variables	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Lugar residencia	Jaén ciudad	Jaén provincia	Otras provincias		
	138 (29,3)	189 (40,3)	143 (30,4)		
Estado civil	Solteros	casados	Separados/	Parejas	Viudos

			divorciados	Hecho	
	149 (31,7)	128 (27,2)	77 (16,4)	92(19,6)	24 (5,1)
Nivel educativo finalizado	Estudios superiores	Estudios medios	Estudios básicos		
	71(15,1)	373 (79,4)	26(5,5)		
Nivel económico	Alto	Medio	bajo		
	98 (20,9)	259 (55,1)	113 (24,0)		
¿Con quién vive?	Solo	Compañeros	Pareja	Familia origen	Familia propia
	88 (18,7)	110 (23,4)	85 (18,1)	92 (19,6)	95 (20,2)
Número hijos	Ninguno	Un hijo	Dos o más hijos		
	263 (55,9)	139 (29,6)	68 (14,5)		
Autopercepción sobre situación laboral	Desempleado	Ocupado			
	242 (52,8)	228 (47,2)			

2.1.2. Participantes de la muestra de personas que han realizado una tentativa de suicidio

La muestra inicial estuvo constituida por 147 personas que cumplían todos y cada uno de los siguientes criterios de inclusión: 1) Tener entre 18 y 95 años, 2) Entender y hablar correctamente el español, 3) Haber realizado alguna tentativa suicida durante el periodo de estudio (desde marzo a diciembre de 2014), 4) Que su admisión tuviese un diagnóstico principal realizado por el médico de urgencias de “daño autolítico”, “conducta autolítica” o “tentativa suicida”, 5) Que hubiesen sido admitidos a través de los servicios de Urgencias de los siguientes Hospitales de la provincia de Jaén (según demarcación sanitaria): Complejo Hospitalario de Jaén (Neurotraumatológico de Jaén y Ciudad de Jaén), Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén (Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda y Hospital San Agustín de Linares), Hospitales de Alta Resolución (HAREs) de Andújar, Alcalá la Real, Alcaudete y Sierra de Segura y 6) Que firmasen voluntariamente el consentimiento informado para su participación en el estudio.

Del total de la muestra, 4 (2,7%) personas fueron excluidas por errores u omisiones en sus respuestas a los cuestionarios de evaluación y 12 (8,1%) personas fueron excluidas por la imposibilidad para contactar con ellos telefónicamente a lo

largo de los 6 meses de seguimiento tras su alta del servicio de urgencias (2ª fase descrita en el procedimiento). Por ello, la muestra final estuvo constituida por un total de 131 personas, con edades comprendidas entre 18 y 73 años (M= 39,6 DT=9,7). La muestra se caracterizaba por estar formada en su mayoría por mujeres (77; 58,7%), sin intentos previos anteriores al actual (122; 93,1%), sin familiares que hubiesen realizado algún intento de suicidio (101;77,1%) o familiares que tuviesen algún diagnóstico psicopatológico (70; 53,4%). La mayoría de personas de esta muestra estaban casadas (76;58%), vivían con hijos y esposo/a (67;51%), tenían estudios básicos (33;25,1%), en su mayoría se autodenominaban no practicantes respecto a la religión (56; 42,7%), se encontraban en situación de desempleo (98;74,8%) y habían sido previamente diagnosticados de algún trastorno psicológico (127;96%) (Tabla 5). No existían diferencias en edad ($F_{(2,599)} = 142,7; p = 0,22$) ni sexo ($\chi^2 = 132,56; p = 0,101$) con la muestra de personas de la población general. A todos los participantes se les informó sobre esta investigación y se les solicitó su consentimiento por escrito previo al inicio de todo el proceso de participación en este estudio. Además, se obtuvo el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Jaén y del Comité de Bioética Provincial de la Investigación de la Delegación Provincial de Jaén de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (ANEXO I y ANEXO II).

Tabla 5

Resumen datos socio-demográficos de la muestra clínica (N=131)

	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Intento previo al actual	0	1	2				
	122(93,1)	7(5,3)	2(1,6)				
Intento suicidio familiar	SI	NO					
	30(22,9)	101(77,1)					
Trastornos psicológicos familia	SI	NO					
	61(46.6)	70(53,4)					
Estado civil	Soltero	Casado	Separa Divorcia	Viudos	Parejas Hecho		
	39(29,8)	76(58,0)	10(7,6)	3(2,3)	3(2,3)		
¿Con quién vive?	Esposo/a	Hijos	Padres	Solo	Pareja	Esposo/hijos	Otros
	10(7,6)	3(2,3)	34(26,1)	12(9,1)	3(2,3)	67(51,1)	2(1,5)

Nº hijos	0	1	2 ó más			
	54(41,2)	20(15,3)	57(43,5)			
Nivel estudios	Ninguno	Básicos	Ciclos	Bachille	Universit	
	15(11,5)	33(25,1)	23(17,6)	31(23,7)	29(22,1)	
Religión	Creyente	Creyente y practicante	No practicante	No creyente	Practicante	Indiferente/Ateo
	29(22,1)	11(8,4)	56(42,7)	11(8,4)	2(1,5)	22(16,8)
Situación laboral	Autónomo	Por cuenta ajena	Desempleado			
	30(22,9)	3(2,3)	98(74,8)			
Diagnóstico trastorno actual	Físico	Psicológico				
	4(3,1)	127(96,9)				

2.2. Instrumentos

Respecto a las pruebas aplicadas a los participantes de ambas muestras, éstas fueron las siguientes:

Hoja de datos sociodemográficos (confeccionada para esta investigación). En la muestra de la población general (N=470) cada participante reflejaba los siguientes datos: sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, nivel económico, número de hijos, con quien vivía y situación laboral que tenían en esos momentos. En la muestra de personas que habían realizado un intento de suicidio (N=131) cada participante reflejaba los siguientes datos: datos de identificación (nombre y teléfonos), edad, sexo, número de intentos de suicidio anteriores al actual, familia (antecedentes de intentos previos y de trastornos psicológicos, estado civil, número de hijos y datos sobre con quien vivía en esos momentos) , nivel de estudios finalizados, profesión y situación laboral, grado de religiosidad, situación adversa en el último mes (ninguna, relacionadas con el ámbito de pareja o expareja, relacionada con el ámbito familiar, relacionada con la economía, trabajo o estudios, muerte de persona cercana, otras), y diagnóstico actual (físico y/o psicológico).

Connor-Davidson Resilience Scale-Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) (Connor y Davidson, 2003) (ANEXO 3). Traducido al español por Manzano-García y Ayala (2013), es un cuestionario auto-aplicado de 25 ítems que evalúa el nivel

de resiliencia general en una escala de tipo Likert (desde 0 = nada de acuerdo hasta 4 = totalmente de acuerdo). La puntuación máxima que puede obtenerse es de 100. Según los propios autores (Connor y Davidson, 2003) y otras investigaciones independientes (Windle, Bennett y Noyes, 2011), esta escala presenta una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,89$), una buena validez convergente y una alta fiabilidad test-retest (0,79).

The 14-Item Resilience Scale (RS-14)-Escala de Resiliencia de 14 ítem de Wagnild (2009b) (ANEXO 4), que ha sido extraída y está basada en la Resilience Scale (RS-25)-Escala de Resiliencia (ER) de 25 ítem (Wagnild y Young, 1993). Ha sido traducida y adaptada al español por Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2015a). Mide el grado de resiliencia individual que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas. Además, esta escala correlaciona negativamente con depresión y ansiedad (Abiola y Udofia, 2011; Nishi et al., 2010). Está compuesta por dos factores: Factor I: Competencia Personal (11 ítems relativos a auto-confianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (3 ítems relacionados con adaptabilidad, balance y flexibilidad y una perspectiva de vida estable). El autor de la escala original (Wagnild, 2009b) plantea los siguientes niveles de resiliencia: entre 98-82 = muy alta resiliencia; entre 81-64= alta resiliencia; entre 63-49 = Normal; entre 48-31 = Baja y entre 30-14 = Muy baja. La adaptación cultural en población universitaria española (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015a) muestra que la escala tiene una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,79$), pero presenta una estructura unifactorial, lo que la diferencia de la versión original.

Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (Suicide Resilience Inventory-25) de Osman et al. (2004) (ANEXO 5). Esta escala mide resiliencia ante tentativas suicidas. En este artículo se utilizará la traducción al español para adultos jóvenes colombianos sin intentos previos de suicidio, elaborada y validada por Villalobos-Galvis et al. (2012). El Inventario en español se organiza en tres factores: protección interna, estabilidad

emocional y protección externa. La puntuación total se encuentra entre 0 y 75 puntos, con un punto de corte de 57. El IRS-25 en español mostró adecuados niveles de fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,92 para el total de la prueba; 0,86 para la subescala de protección interna; 0,88 para la subescala de estabilidad emocional y 0,85 para la subescala de protección externa), así como niveles adecuados de validez factorial y validez discriminante para diferenciar los grupos de suicidas de los no suicidas.

Entrevista telefónica cada mes, durante 6 meses (2ª fase). Desde la fecha de alta en Urgencias se realizaron entrevistas mensuales a cada participante de la muestra de personas que habían realizado una tentativa de suicidio. En ellas se les preguntó cómo se encontraban, si se habían producido situaciones adversas (ninguna, relacionadas con el ámbito de pareja o expareja, relacionada con el ámbito familiar, relacionada con la economía, trabajo o estudios, muerte de persona cercana, otras) y de qué manera les habían afectado estas situaciones y, por último, si habían existido intentos reales de suicidio desde la última ocasión (esto último se preguntaba al familiar, fundamentalmente en aquellos casos donde se detectaba un nivel alto de peligrosidad).

Escala de Resiliencia ante Tentativas Suicidas (ERATS). Este cuestionario fue confeccionado para esta Tesis y su descripción se hace en los apartados siguientes.

2.3. Procedimiento

2.3.1. Descripción del procedimiento para la creación del instrumento inicial

Para la construcción de instrumentos psicométricos en Psicología existen tres estrategias posibles: teórico-racional, empírica y factorial (Pervin, 1998). Para la construcción de la ERATS se utilizó la estrategia denominada teórico-racional, que

plantea que los ítems se seleccionan según la literatura más abundante sobre el tema (Bermúdez, 2003).

El desarrollo de la ERATS, la estructura y el contenido del mismo surgieron de la revisión de la literatura sobre resiliencia ante tentativas suicidas. Se realizó una revisión sobre las bases de datos Pubmed, Psycinfo, Medline, Psycodoc y Psyke con los siguientes criterios de inclusión: 1) artículos publicados por una revista revisada por pares en español o inglés, 2) entre los años 1980 y 2012, ya que es precisamente en los años ochenta cuando empiezan a aparecer estudios empíricos relacionados con la resiliencia (Rutter, 1987), 3) utilizando como palabras clave “Resiliencia-*Resilience*” o “factores de protección-*protective factors*” combinadas siempre con “tentativa suicida-*suicide attempt*”, 4) que la metodología utilizada en los artículos fuese empírica y estuviese basada en la interacción entre dos o más variables para dar como resultado la tentativa de suicidio (usando ANOVA o análisis de regresión) y 5) que alguna de las variables incluidas en el estudio fuese un constructo psicológico, entendido éste como cualquier concepto cognitivo, emocional o conductual y excluyéndose variables socio-demográficas.

Se leyeron todos los resúmenes de los artículos para valorar si el estudio cumplía con los criterios de inclusión. Sin embargo, solo se revisaron los artículos a los que se tuvo acceso a texto completo. Este proceso permitió identificar las variables en los que se basa la ERATS, que fueron los siguientes: auto-concepto, auto-regulación y flexibilidad cognitiva, estilo atribucional positivo (entendido como causas externas, inestables y específicas para los eventos negativos y causas internas, estables y globales para los eventos positivos), empatía, sentido del humor, optimismo disposicional, afrontamiento centrado en el problema, autocontrol emocional, control de impulsos, esperanza, capacidad de expresión de emociones y problemas, solicitud de ayuda, habilidades sociales y apoyo social de tipo emocional. Inicialmente, todos los factores estaban formados por cinco ítems, dando lugar a un inventario de 70 ítems.

Tras el proceso de consulta a expertos y la aplicación del instrumento en varias submuestras pre-piloto ($N_{\text{general}} = 23$ vs $N_{\text{con tentativas}} = 9$) y piloto ($N_{\text{general}} = 50$ vs $N_{\text{con tentativas}} = 27$) para valorar la comprensión de los ítems, se aplicó la escala resultante a dos nuevas muestras: una de la población general ($N=420$) y otra muestra de personas que habían realizado una tentativa suicida ($N=131$). A continuación se describe el procedimiento llevado a cabo en la aplicación de todos los instrumentos con cada una de ellas.

2.3.2. Procedimiento llevado a cabo en la muestra general

A lo largo del año 2013 y en distintos lugares se aplicó a 420 personas de la población general el cuadernillo de instrumentos completo y contrabalanceado. En concreto, los estudiantes universitarios lo realizaron en las aulas de la Universidad, los estudiantes de cursos de formación lo rellenaron en las propias aulas donde realizaban su curso, las personas que acudían a los servicios de orientación profesional de la Red de Andalucía Orienta de la Junta de Andalucía lo cumplimentaron en las sedes de las entidades beneficiarias de estos servicios de orientación (en concreto Ayuntamientos, Asociaciones y Fundaciones), los participantes de las asociaciones realizaron su cuadernillo en las propias sedes de estas asociaciones y, por último, los participantes de redes sociales (Facebook y Twitter del doctorando) rellenaron el cuadernillo en sus propios domicilios. Además, del cuadernillo, se proporcionaba a los participantes las instrucciones para su realización, incidiendo en el anonimato y confidencialidad de la investigación y pasando a firmar todos los participantes su consentimiento informado. En este sentido, también se obtuvo el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación con Humanos de la Universidad de Jaén (en el caso de los estudiantes universitarios), así como los permisos pertinentes por parte del resto de entidades y asociaciones. El tiempo medio para completar el cuadernillo fue entre 20 y 40 minutos aproximadamente.

2.3.3. Procedimiento llevado a cabo en la muestra de personas que han realizado una tentativa de suicidio

Se solicitó a la Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social de la provincia de Jaén la participación de los 8 hospitales en los que se encuentra dividida la provincia, también a Gerencia de los propios centros hospitalarios y al Comité Provincial de Bioética de la Investigación de Jaén. El procedimiento de este estudio se realizó en dos fases bien establecidas: 1ª Fase: Realización voluntaria de cuestionarios en los propios servicios de urgencias o durante el ingreso hospitalario por parte de las personas que habían realizado una tentativa suicida. 2ª Fase: Realización de entrevistas telefónicas a cada participante durante 6 meses (1 entrevista cada 30 días aproximadamente).

En la 1ª fase, y tras la obtención de los permisos necesarios, se contactó con personal de Urgencias (médicos de urgencias, enfermeros y auxiliar de enfermería) que, previamente informado, ayudó a realizar las pruebas a las personas que cumplían con los criterios de inclusión indicados en el apartado de participantes. El proceso de información a este personal consistió en 1 sesión en cada Hospital, donde el doctorando explicaba tanto los objetivos de esta investigación como el tipo de medidas que deberían administrar a cada participante. Posteriormente, cada colaborador (a través de medios telefónicos o mediante el correo electrónico) tenía acceso a preguntar al doctorando cualquier duda que surgiera durante el proceso de aplicación de pruebas. Por otro lado, para evitar la duplicidad de datos en aquellos casos derivados a otros centros hospitalarios de la provincia, los propios colaboradores se comunicaban los nombres y apellidos de los participantes que ya habían realizado el cuadernillo de evaluación o que por determinadas circunstancias no habían podido hacerlo en el Hospital de primera admisión, para que dicha aplicación fuese realizada en el Hospital de ingreso o de mayor permanencia. Uno de los requisitos fundamentales para poder participar en esta investigación fue la firma del

consentimiento informado, en el que se plasmaba tanto el deseo y consentimiento de los participantes para colaborar, como los datos personales y de contacto de los participantes, que permitirían poder volver a contactar con ellos (2ª fase) tras el alta del servicio de urgencias que era indicada en el propio cuadernillo. Además, se ofrecía a cada participante el número de móvil desde el que se contactaría en un futuro con él/ella tras el alta durante el seguimiento para que pudiesen identificar esa llamada. A través del consentimiento informado, se obtenía también el número de teléfono móvil de un familiar del participante, como medida de prevención en aquellos casos en los que no se pudiese contactar telefónicamente con el propio participante. Como los participantes fueron reclutados en el servicio de urgencias del hospital en el que eran ingresados por cometer una tentativa suicida, el tiempo entre la primera evaluación (1ª fase) y la evaluación posterior (primera entrevista telefónica correspondiente a la 2ª fase) no se dilató más allá de algunos días.

Para la puesta en marcha de la 2ª fase del procedimiento y tras previo aviso por parte de los colaboradores, el doctorando recogía cada cierto tiempo todos los cuadernillos cumplimentados por los participantes del hospital correspondiente, donde se indicaba además la fecha aproximada de alta. Posteriormente al alta del servicio de Urgencias, se realizaba el seguimiento telefónico mensual de cada participante.

El tiempo del estudio completo fue de 16 meses (desde marzo de 2014 hasta julio de 2015), con el objetivo de cubrir periodos del año especialmente de riesgo para la realización de tentativas suicidas en la provincia de Jaén (noviembre y julio) (Sánchez-Teruel, Muela-Martínez y García-León, 2014b). La primera fase o recogida de datos se realizó durante 10 meses (desde marzo a diciembre de 2014) y la segunda fase o realización de entrevistas telefónicas con los participantes se realizaron 1 vez al mes (desde enero a julio de 2015), hasta que todos los participantes del estudio fueron entrevistados un mínimo de 6 veces.

2.4. Análisis de datos

Todos los análisis se realizaron utilizando los software SPSS-AMOS 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) y FACTOR 10.3 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2012). Para el análisis estadístico, los valores de p inferiores a 0,05 se consideraron estadísticamente significativos.

En primer lugar, se construyó la escala y para analizar su adecuación psicométrica se utilizó un proceso basado en juicio de expertos y una aplicación a varias muestras piloto de la población general (N=50) y con tentativas suicidas (N=27).

En segundo lugar, para averiguar la estructura factorial del instrumento, se realizaron análisis factoriales (exploratorios y confirmatorios) en primer lugar sobre la muestra de población general (N = 420) y un análisis factorial confirmatorio en la muestra de personas que habían realizado una tentativa suicida (N = 131). Todos estos análisis se efectuaron utilizando los programas SPSS-23 y FACTOR 10.3, éste último programa ha sido desarrollado para ajustar el modelo AFE y obtener algunos índices de bondad en el análisis exploratorio no ofrecidos por SPSS-23 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2013).

Algunos autores sostienen que el análisis factorial exploratorio (AFE) debe ser empleado como una estrategia inicial solo cuando una escala está siendo desarrollada desde cero, supuestamente cuando existe poca o ninguna evidencia empírica previa o cuando la base teórica es insuficiente y frágil (Gerbing y Hamilton, 1996; Hancock y Mueller, 2010). En línea con estos planteamientos, la construcción de la ERATS se ha basado en el análisis de la literatura previa sobre resiliencia y en la escasa literatura sobre resiliencia ante tentativas de suicidio, lo que llevaría a pensar en la utilización de un análisis factorial confirmatorio (AFC) en ambas muestras (general y clínica) como

metodología de análisis inicial. Sin embargo, como se ha podido comprobar en capítulos anteriores de esta tesis, existen grandes dificultades en la conceptualización de la literatura previa sobre la resiliencia, y aún más si se trata de los factores protectores que modulan la resiliencia ante conducta de riesgo como es la tentativa suicida. Todo ello hace suponer que sea imprescindible un análisis exploratorio previo para confirmar posteriormente los posibles factores obtenidos de este proceso, aunque la metodología seguida para la construcción de esta escala informe que el proceso exploratorio inicial no sea necesario. Para realizar los análisis factoriales se dividió la muestra de población general (N=420) en dos grupos de similar tamaño, manteniendo las variables socio-demográficas en la misma o similar proporción que la muestra total. Así, n₁= 205 personas (89 hombres (43.41%) y 116 mujeres (56.59%), cuyas edades oscilaron entre 18 y 69 años, con una edad media de 36.8 (DT = 8.89) y n₂= 215 personas (95 hombres (37.25%) y 120 mujeres (55.81%), cuyas edades oscilaron entre 18 y 71 años, con una edad media de 38.3 (DT = 7.51). Sobre los participantes de la muestra n₁ se aplicó un AFE y sobre los participantes de la muestra n₂ se intentó confirmar la estructura factorial derivada del análisis factorial exploratorio realizado (AFC). Muchos autores recomiendan utilizar un número de sujetos que no sea menor de 200 o que, al menos, haya 5 sujetos por ítem, es decir, al menos, el tamaño de la muestra sea cinco veces mayor que el número de ítems (Flury y Riedwyl, 1988; Nunnally y Bernstein, 1995; Morales, 2000). Todas estas recomendaciones presentan excepciones cuando se trata de muestras clínicas como veremos más adelante (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2014). Se utilizaron diversos estadísticos de ajuste y residuales para confirmar las soluciones dimensionales surgidas de la exploración factorial, pero también en la solución exploratoria se aplicaron índices de bondad. Por otro lado, debido a que la muestra clínica (N = 131) no permitía realizar dos análisis factoriales (exploratorio y confirmatorio), puesto que se recomienda utilizar un número de sujetos que no sea menor de 200 o que, al menos, haya 5 sujetos por ítem para cada análisis (Anderson y Gerbing, 1988; Flury y Riedwyl, 1988; Nunnally y Bernstein, 1995; Morales, 2000), se optó por realizar en esta

muestra un solo AFC, siendo los resultados obtenidos similares a los que se hubiesen obtenido con la aplicación de un AFE inicial (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2014; Gerbing y Hamilton, 1996; Hancock y Mueller, 2010). En todos los análisis factoriales realizados, la determinación sobre el tipo de respuesta de la escala (respuesta ordinal) y tener menos de 300 casos por análisis junto con el tipo de distribución de cada muestra (normal univariada y multivariada) ha determinado la utilización de la matriz de correlaciones momento-producto de Pearson y el método de extracción de factores utilizado (Lloret-Segura et al., 2014), como se verá en el capítulo 6 de resultados.

En tercer lugar, se valoró la fiabilidad, a través de la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach de cada subdimensión, y la fiabilidad dos mitades.

En cuarto lugar, se han obtenido evidencias externas de la validez de la escala (validez de criterio) mediante la correlación con medidas de resiliencia general (CD-RISC y RS-14) y con medidas de resiliencia ante tentativas suicidas (SRI-25).

Finalmente, se calculó qué escala presentaba mejor validez predictiva para los reintentos futuros de suicidio en población clínica, si la obtenida a través de los análisis en población general o la obtenida en los análisis con la muestra de personas que habían realizado una tentativa de suicidio. También se comprobó si la predicción realizada por la escala adaptada en población con tentativas suicidas predecía mejor nuevos reintentos de suicidio que otras escalas adaptadas a población general.

CAPÍTULO 6:

RESULTADOS

1. OBJETIVO ESPECÍFICO 1: CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA ANTE TENTATIVAS SUICIDAS

1.1. Resultados sobre el proceso de construcción inicial de la Escala de Resiliencia ante tentativas suicidas (ERATS)

Como se ha planteado en capítulos anteriores, el desarrollo de la Escala de Resiliencia ante Tentativas Suicidas-ERATS, su estructura y contenido surgieron de la revisión de la literatura (ver capítulo 5-procedimiento). Esta escala valora los factores protectores ante una conducta de riesgo como es la tentativa suicida, sin que exista ningún ítem donde aparezcan las palabras suicidio o tentativa suicida. Las variables en las que se basa la ERATS fueron las siguientes: auto-concepto, auto-regulación y flexibilidad cognitiva, estilo atribucional positivo, empatía, sentido del humor, optimismo disposicional, afrontamiento centrado en el problema, autocontrol emocional, control de impulsos, esperanza, capacidad de expresión de emociones y problemas, solicitud de ayuda, habilidades sociales y apoyo social de tipo emocional. Inicialmente, todos los factores estaban formados por cinco ítems, dando lugar a una escala inicial de 70 ítems.

1.1.1. Resultados sobre el proceso de respuesta a los ítems

La ERATS se creó bajo una respuesta de tipo Likert que intentaba dar una solución razonable al problema que se planteaban en relación con los aspectos cuantitativos de variables protectoras de la resiliencia ante las tentativas suicidas. En esta escala los ítems estaban equiponderados de forma lineal con el rasgo subyacente (variable) que se quería medir; es decir, a medida que aumenta o disminuye la cantidad de rasgo manifestado por cada participante, aumenta o disminuye su puntuación en el ítem (desde 0 a 4 puntos). La puntuación total se obtenía sumando las puntuaciones de los sujetos a cada uno de los ítems, considerando el valor asignado

a cada ítem como puntuación directa de ese ítem (Campbell-Sills, Cohan y Stein, 2006). Las diferentes variables incluidas dentro de cada subdimensión hipotetizada y que conforman el conjunto de variables moduladoras de la resiliencia o elasticidad hacia una tentativa suicida, se han operativizado en forma de constructos. En este caso las dimensiones hipotetizadas incluidas en la ERATS se estructuraron en tres subdimensiones como propuesta conceptual inicial de modulación de la resiliencia ante una conducta humana de riesgo, como era la tentativa suicida. Así, la respuesta a cada ítem fue planteada a través de una escala de 5 puntos (0=Nunca, 1=Algunas veces, 2=La mitad de las veces, 3=Casi siempre, 4=Siempre).

1.1.2. Resultados sobre el juicio de expertos

Tal y como aconsejan distintos autores, como complemento a la fundamentación teórica llevada a cabo para desarrollar un nuevo instrumento, se debería emplear la estrategia de consulta a expertos (Hernández, Fernández y Baptista, 2006; Muñiz, 2003). Además, esta estrategia también ayudaría a asegurar la validez de contenido del nuevo instrumento. De hecho, tal y como plantean algunos autores el juicio de expertos es particularmente importante en el caso de la Psicología, y en concreto aún más en tentativas suicidas, donde dicho juicio se ha convertido en la estrategia principal para la estimación de la validez de contenido de pruebas de evaluación de esta conducta de riesgo (García-Nieto et al., 2012; Utkin, 2006). Se siguieron las directrices planteadas en la guía de y Escobar Cuervo (2008) sobre el proceso de indicadores y la aplicación de índices de concordancia en procesos de juicio de expertos. Dicho proceso consiste en 8 pasos que son: 1) Definir el objetivo del juicio de expertos, 2) selección de los jueces, 3) explicitar tanto las dimensiones como los indicadores que está midiendo cada uno de los ítems de la prueba, 4) especificar el objetivo de la prueba, 5) establecer los pesos diferenciales de las dimensiones de la prueba, 6) crear y diseñar la plantilla de evaluación, 7) calcular la concordancia entre jueces y 8) elaboración de las conclusiones del juicio. Así, la ERATS fue enviada a cuatro

jueces expertos en resiliencia y suicidio (psicólogos) planteándoles que este instrumento pretendía medir la resiliencia ante tentativas suicidas, y debieran juzgar los ítems con criterios de claridad, pertinencia, suficiencia, adecuación, validez y comprensión de los ítems del instrumento proponiendo, si fuese necesaria, una redacción alternativa. De hecho, para facilitarles sus respuestas se les ofreció una plantilla donde reflejaban estos criterios, tal y como se ha planteado en el paso 6 de procedimiento descrito anteriormente. El siguiente paso consistió en calcular el porcentaje de acuerdo, eliminándose todos aquellos ítems que no alcanzaron el 85%, según las recomendaciones de los expertos. Normalmente se exige un 80% de acuerdo mínimo para cada criterio planteado (Escobar y Cuervo, 2008; García-Nieto et al., 2012). Además, a partir de la evaluación realizada por los jueces, se realizaron modificaciones sustanciales y la escala se elaboró con los ítems que mayor aceptación tuvieron por parte del grupo de expertos para cada una de las variables de la resiliencia ante tentativas suicidas. Posteriormente, para probar el nivel de comprensión inicial de la escala resultante se entregó a 23 personas de la población general y a 9 personas que habían realizada alguna tentativa suicida, quienes juzgaron nuevamente los ítems, señalando aquellos que no se entendían. Tras ambos procesos de reevaluación se eliminaron algunos ítems que contaban con un consenso inferior al 85%, obteniéndose de esta forma una nueva versión de la ERATS constituida por 34 ítems (Tabla 6)

Tabla 6.

Descripción teórica inicial tridimensional de ERATS-34

ITEM ERATS-34	Variable teórica inicial	Factor Teórico inicial
1. Veo siempre el vaso medio lleno, en vez de medio vacío	Optimismo disposicional	I
2. Soy una persona valiosa	Autoconcepto	I
3. Soy capaz de responder a las exigencias de mi entorno	Autorregulación y flexibilidad cognitiva	I

4. Tengo amigos y familia con quienes contar	Apoyo social de tipo emocional	E
5. Si tengo algún problema pido ayuda a mi familia o amigos	Solicitud de ayuda	E
6. Tengo planes para el futuro	Esperanza	EE
7. Puedo gestionar mis pensamientos para conseguir mis objetivos	Autorregulación y flexibilidad cognitiva	I
8. Soy capaz de expresar emociones	Capac. de expresar emociones y problemas	EE
9. Cuando tengo un problema me centro en solucionarlo	Afrontamiento centrado en problema	I
10. Me tomo los problemas con humor	Sentido del humor	I
11. Las emociones no me superan	Autocontrol emocional	EE
12. En mi vida me ocurren cosas buenas	Estilo atribucional positivo	I
13. Pienso participar en algún grupo u organización para mejorar la vida de animales o personas	Empatía	I
14. Aprendo mucho de mis propios problemas	Afrontamiento centrado problema	I
15. Hago amigos con facilidad	Habilidades sociales	E
16. Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos	Autoconcepto	I
17. Entiendo cómo se sienten personas menos afortunadas que yo	Empatía	I
18. Tengo la esperanza de tener una vida feliz	Esperanza	EE
19. Soy capaz de controlar mi enfado	Autocontrol emocional	EE
20. Pienso antes de actuar	Control de impulsos	EE
21. Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa	Apoyo social de tipo Emocional	E
22. Sé quién puede ayudarme en momentos de crisis o angustia	Solicitud de ayuda	E

23. Soy capaz de contar mis problemas a familiares o amigos	Capac. expresión emociones y problemas	EE
24. Cuento con un grupo de amigos para divertirme	Habilidades sociales	E
25. Cuando algo me preocupa tengo personas que me consuelan, escuchan y animan	Apoyo social de tipo emocional	E
26. Las cosas buenas que me ocurren son gracias a mí mismo o a mí misma	Estilo atribucional positivo	I
27. Controlo mis impulsos, aunque me presionen	Control de impulsos	EE
28. Sé sacar la parte cómica a los problemas	Sentido del humor	I
29. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	Optimismo disposicional	I
30. Si tengo un problema, expreso lo que siento	Capac. de expresar emociones y problemas	EE
31. En momentos de crisis, prefiero un hombro donde llorar	Solicitud de ayuda	E
32. Me rio de los problemas	Sentido del humor	I
33. Si algo malo me ocurre, aprendo de ello para un futuro	Estilo atribucional positivo	I
34. Me desenvuelvo bien en fiestas o con grupos de personas	Habilidades sociales	E

I = Protección interna, E= Protección Externa, EE = Estabilidad Emocional

1.2. Resultados sobre viabilidad de la ERATS-34 en una muestra piloto de la población general y en una muestra piloto de población con tentativas suicidas

En primer lugar, se realizó una aplicación de la ERATS-34 a 50 personas de la población general sin tentativas suicidas y posteriormente se le realizaron diversas preguntas de control referidas a la comprensión de los ítems de la escala y tiempo requerido para su realización. Del total de la muestra solo contestaron a estas preguntas de control 24 personas, por diversos motivos (cansancio o tenían poco

tiempo). En segundo lugar, se realizó una aplicación de la ERATS-34 a 27 personas que había presentado alguna tentativa de suicidio en el pasado y se les realizaron diversas preguntas de control referidas a la comprensión de los ítems de esta escala y tiempo de cumplimentación. En este caso, del total de la muestra sólo contestaron a las preguntas de control 18 personas, argumentando cansancio o que tenían poco tiempo o algunas no expusieron motivo alguno.

1.2.1. Resultados de la ERATS-34 sobre la muestra piloto de la población general y escala resultante denominada ERATS-29

Los resultados de la aplicación de la ERATS-34 a la muestra piloto de participantes de la población general (N = 50) ofrece una puntuación global entre 19 y 129 puntos (Media=71,77; DT=6,15). Además, todas las opciones de respuesta son elegidas en todos los ítems (mínimo 0 y máximo 4). La media de los ítems osciló entre 1,03 (ítem 11: “Las emociones no me superan”) y 3,96 (ítem 3: “Soy capaz de responder a las exigencias de mi entorno”), mientras que la desviación típica lo hizo entre 0,10 (ítem 13: “Pienso participar en algún grupo u organización para mejorar la vida de animales o personas”) y 1,96 (ítem 12: “En mi vida me ocurren cosas buenas”), lo que indica variabilidad de puntuaciones. Considerando el conjunto de los ítems del cuestionario, los datos obtenidos no ofrecen normalidad univariada (shapiro-wilk para muestras pequeñas), probablemente por la distribución de las puntuaciones en los ítems 3, 7, 13, 17, 30, 31 y 34 cuyos índices de curtosis (y también de asimetría) son especialmente altos (Tabla 7).

El análisis de los ítems-total corregida ayudará a realizar un posterior análisis factorial con ítem que produzcan menos ruido (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Respecto a las correlaciones ítem-total corregidas todas superaron el valor 0,30 (Nunnally y Bernstein, 1995), excepto los ítems 30 “Si tengo un problema, expreso lo que siento” ($r_{it} = -0,15$), 31 “En momentos de crisis, prefiero un hombro donde llorar”

($r_{it} = -0,06$), 32 “Me río de los problemas” ($r_{it} = 0,12$), 33 “Si algo malo me ocurre, aprendo de ello para un futuro” ($r_{it} = -0,14$), 34 “Me desenvuelvo bien en fiestas o con grupos de personas” ($r_{it} = 0,02$). Posteriormente, si se eliminan los ítems 30 ($\alpha_i = 0,73$), 31 ($\alpha_i = 0,76$), 32 ($\alpha_i = 0,71$), 33 ($\alpha_i = 0,77$) y 34 ($\alpha_i = 0,69$), el alfa de Cronbach se incrementa en todos los casos (Tabla 7).

Tabla 7.

Estadísticos descriptivos, índices de asimetría y curtosis, e índices de normalidad del ítem en muestra piloto de población general (N = 50)

ITEM ERATS-34	M	D.T.	$\frac{A}{Et(0,34)}$	$\frac{C}{Et(0,66)}$	S-W	r_{it}	α si el ítem es eliminado
1. Veo siempre el vaso medio lleno, en vez de medio vacío	2,20	1,34	-0,12	-1,17	0,90**	0,31	0,53
2. Soy una persona valiosa	2,44	1,03	-0,30	-0,23	0,81**	0,50	0,51
3. Soy capaz de responder a las exigencias de mi entorno	3,96	1,12	3,43	-4,04	1,29*	0,41	0,51
4. Tengo amigos y familia con quienes contar	1,50	1,14	0,28	-0,45	0,91**	0,54	0,53
5. Si tengo algún problema pido ayuda a mi familia o amigos	2,50	1,07	0,10	-0,81	0,86**	0,78	0,48
6. Tengo planes para el futuro	2,18	1,47	-0,24	-1,20	0,86**	0,70	0,53
7. Puedo gestionar mis pensamientos para conseguir mis objetivos	1,33	1,48	3,45	-3,82	1,27*	0,35	0,56
8. Soy capaz de expresar emociones	1,88	1,06	-0,18	-1,05	0,88**	0,45	0,53
9. Cuando tengo un problema me centro en solucionarlo	2,42	1,21	-0,23	-0,64	0,88**	0,32	0,52
10. Me tomo los problemas con humor	2,02	1,13	0,57	-0,85	0,85**	0,43	0,49
11. Las emociones no me superan	1,03	1,30	0,59	-0,70	0,87**	0,62	0,52

12. En mi vida me ocurren cosas buenas	1,58	1,96	0,08	-1,11	0,87**	0,36	0,50
13. Pienso participar en algún grupo u organización para mejorar la vida de animales o personas	3,70	0,10	3,32	-3,47	1,22**	0,47	0,54
14. Aprendo mucho de mis propios problemas	2,32	1,15	-0,33	-0,82	0,90**	0,31	0,53
15. Hago amigos con facilidad	2,08	1,41	-0,42	-1,29	0,83**	0,52	0,51
16. Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos	2,36	1,27	-0,41	-0,48	0,86**	0,49	0,48
17. Entiendo cómo se sienten personas menos afortunadas que yo	1,08	1,70	3,34	4,75	1,30**	0,40	0,52
18. Tengo la esperanza de tener una vida feliz	2,74	1,18	-0,18	-1,24	0,80**	0,42	0,54
19. Soy capaz de controlar mi enfado	1,80	1,31	-0,01	-0,90	0,87**	0,31	0,48
20. Pienso antes de actuar	1,70	1,23	0,13	-0,88	0,90**	0,35	0,50
21. Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa	1,62	1,38	0,49	-0,91	0,87**	0,41	0,52
22. Sé quién puede ayudarme en momentos de crisis o angustia	2,32	1,06	-0,37	-0,26	0,91**	0,59	0,50
23. Soy capaz de contar mis problemas a familiares o amigos	1,64	1,32	0,49	-0,61	0,86**	0,72	0,52
24. Cuento con un grupo de amigos para divertirme	1,40	0,93	-0,42	-1,02	0,80**	0,74	0,51
25. Cuando algo me preocupa tengo personas que me consuelan, escuchan y animan	2,22	1,11	0,56	-0,64	0,80**	0,48	0,49
26. Las cosas buenas que me ocurren son gracias a mí mismo o a mí misma	1,60	1,23	0,41	-0,33	0,86**	0,38	0,51

27. Controlo mis impulsos, aunque me presionen	2,50	1,20	-0,04	-1,28	0,87**	0,85	0,50
28. Sé sacar la parte cómica a los problemas	1,80	1,16	-0,16	-0,67	0,89**	0,42	0,46
29. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	1,96	1,09	0,28	-0,22	0,90**	0,66	0,52
30. Si tengo un problema, expreso lo que siento	2,60	1,90	-1,95	2,56	0,67*	-0,15	0,73
31. En momentos de crisis, prefiero un hombro donde llorar	2,56	0,99	-2,61	2,25	0,70**	-0,06	0,76
32. Me rio de los problemas	2,38	1,01	-0,95	0,55	0,83**	0,12	0,71
33. Si algo malo me ocurre, aprendo de ello para un futuro	2,24	1,06	-0,29	-0,89	0,88**	-0,14	0,77
34. Me desenvuelvo bien en fiestas o con grupos de personas	2,70	0,81	-2,28	2,06	0,75**	0,02	0,69
TOTAL	72,26	7,77	0,05	4,68	0,98**	1	0,57

M = Media; D.T. = Desviación Típica; A = Asimetría; C = Curtosis; ET = Error típico de asimetría y curtosis; S-W = Shapiro-Wilk; ri-t = Correlación ítem-total corregida; α -i = alfa si el ítem es eliminado; *Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral); **Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Los resultados referidos a la comprensión de la ERATS-34 en la submuestra (n= 24) indicaron dificultades en la comprensión de los ítems 30, 31, 32, 33 y 34. Donde se obtuvo en la mayoría de participantes (73%) una puntuación menor a la esperada en la comprensión de los mismos (por debajo del 5 en una escala 0= incomprensible a 10= totalmente comprensible). También, se solicitó a estos participantes además, que reflejasen en su cuadernillo la hora de inicio y fin en la cumplimentación de la escala, sin tener en cuenta el tiempo de valoración de la comprensión de los ítems. La media en la realización de la escala total fue de 16,6 minutos, donde 3 personas (12,5%) lo realizaron en 10 minutos, 5 personas (20,83%) lo realizaron 12 minutos, 6 personas (25%) lo realizaron en 15 minutos, 5 personas (20,83%) lo realizaron en 18 minutos, 3

personas (12,5%) lo realizaron en veinte minutos y 2 personas (8,3%) lo realizaron en veinticinco minutos.

Tras el análisis de todos los resultados anteriores, se decidió por un lado eliminar todos los ítems cuyo índice de correlaciones ítem-total corregidas no superaba 0,30 y que mostraban dificultades en la comprensión de los mismos por parte de esta muestra, consiguiendo así tras este proceso la versión de 29 ítem como la definitiva del ERATS en esta muestra de población general y pasando a denominarse esta escala como ERATS-29.

1.2.2. Resultados de la ERATS-34 sobre la muestra piloto de personas que han realizado una tentativa suicida y escala resultante denominada ERATS-18

Los resultados de la aplicación de la ERATS-34 a la muestra piloto de personas que habían realizado una tentativa suicida (N = 27) ofrece una puntuación global entre 7 y 52 puntos (Media=31,12; DT=8,43). Además, todas las opciones de respuesta son elegidas en todos los ítems (mínimo 0 y máximo 4). La media de los ítems osciló entre 0,16 (ítem 27: “Controlo mis impulsos aunque me presionen) y 1,97 (ítem 21: “Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa”), mientras que la desviación típica lo hizo entre 0,01 (ítem 18: “Tengo la esperanza de tener una vida feliz”) y 1,84 (ítem 22: “Sé quién puede ayudarme en momentos de crisis o angustia”). Considerando el conjunto de los ítems del cuestionario, los datos obtenidos no ofrecen normalidad univariada (shapiro-wilk para muestras pequeñas), probablemente por la distribución de las puntuaciones en los ítems 3, 15, 24, 26, 28 y 30 cuyos índices de curtosis (y también de asimetría) son especialmente altos (Tabla 8). Respecto a las correlaciones ítem-total corregidas todas superaron el valor 0,30 (Nunnally y Bernstein, 1995), excepto los ítems 3, 7, 8, 23, 9, 14, 12, 30, 31, 32, 33, 34. Posteriormente, se observa que si se eliminan todos los ítems anteriores el alfa de Cronbach (α_i) se incrementa en todos los casos (Tabla 8).

Tabla 8.

Estadísticos descriptivos, índices de asimetría y curtosis, e índices de normalidad del ítem en muestra piloto de personas que han realizado una tentativa suicida (N = 27)

ITEM ERATS-34	M	D.T.	$\frac{A}{Et(0.21)}$	$\frac{C}{Et(0.14)}$	S-W	r_{it}	α si el ítem es eliminado
1. Veo siempre el vaso medio lleno, en vez de medio vacío	0,99	0,24	1,41	-1,23	1,23**	0,49	0,65
2. Soy una persona valiosa	1,68	0,89	0,67	1,70	0,24*	0,58	0,66
3. Soy capaz de responder a las exigencias de mi entorno	0,65	0,12	2,45	3,24	0,43*	-0,15	0,70
4. Tengo amigos y familia con quienes contar	0,80	0,21	0,14	-0,79	1,17**	-0,02	0,71
5. Si tengo algún problema pido ayuda a mi familia o amigos	0,37	1,19	-0,28	-0,66	0,17**	0,34	0,67
6. Tengo planes para el futuro	0,92	0,36	,06	-1,13	1,14**	0,49	0,65
7. Puedo gestionar mis pensamientos para conseguir mis objetivos	1,11	0,34	0,29	1,89	1,45**	0,01	0,73
8. Soy capaz de expresar emociones	1,87	1,08	-0,18	-1,12	0,22*	0,17	0,70
9. Cuando tengo un problema me centro en solucionarlo	0,44	1,10	-0,08	-0,57	0,25*	-0,29	0,73
10. Me tomo los problemas con humor	0,67	0,88	-0,22	-0,62	0,25*	0,58	0,66
11. Las emociones no me superan	0,59	1,00	-0,33	-0,98	0,28**	0,54	0,51
12. En mi vida me ocurren cosas buenas	1,06	1,18	-0,11	-0,86	0,17*	0,18	0,77
13. Pienso participar en algún grupo u organización para mejorar la vida de animales o personas	1,23	0,98	0,32	0,56	0,45*	0,18	0,73

14. Aprendo mucho de mis propios problemas	1,28	1,24	-1,30	-1,02	0,23*	0,15	0,69
15. Hago amigos con facilidad	1,96	0,85	1,62	2,47	0,31**	0,53	0,37
16. Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos	1,39	0,59	0,07	-0,36	0,33**	0,44	0,59
17. Entiendo cómo se sienten personas menos afortunadas que yo	1,90	0,23	0,14	-0,34	2,39**	0,01	0,72
18. Tengo la esperanza de tener una vida feliz	0,60	0,01	-0,32	-1,00	2,27*	0,54	0,49
19. Soy capaz de controlar mi enfado	1,28	0,71	-0,80	1,11	1,26*	0,52	0,66
20. Pienso antes de actuar	1,60	1,02	-0,28	-0,92	1,27*	0,54	0,55
21. Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa	1,97	0,86	-0,64	0,35	1,31*	0,40	0,67
22. Sé quién puede ayudarme en momentos de crisis o angustia	1,95	1,84	-1,76	1,32	2,32**	0,35	0,41
23. Soy capaz de contar mis problemas a familiares o amigos	1,78	1,17	1,02	-0,58	1,24*	0,02	0,71
24. Cuento con un grupo de amigos para divertirme	1,41	0,66	-1,99	2,39	1,30*	0,43	0,67
25. Cuando algo me preocupa tengo personas que me consuelan, escuchan y animan	1,40	0,62	-1,54	-1,61	1,31*	0,39	0,59
26. Las cosas buenas que me ocurren son gracias a mí mismo o a mí misma	1,78	1,24	0,30	-2,60	0,23*	-0,10	0,70
27. Controlo mis impulsos, aunque me presionen	0,16	1,41	-0,26	-1,13	0,24*	0,54	0,66
28. Sé sacar la parte cómica a los problemas	0,23	0,73	-1,04	2,80	1,26*	0,38	0,67
29. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	1,68	0,89	-1,15	-1,54	1,24*	0,57	0,66

30. Si tengo un problema, expreso lo que siento	1,15	0,23	2,45	3,12	2,23**	0,12	0,69
31. En momentos de crisis, prefiero un hombro donde llorar	0,29	0,45	1,15	1,11	2,56**	0,10	0,71
32. Me rio de los problemas	1,78	0,11	-0,18	-1,45	1,89*	0,19	0,73
33. Si algo malo me ocurre, aprendo de ello para un futuro	1,12	0,56	0,56	-1,11	1,09*	0,16	0,70
34. Me desenvuelvo bien en fiestas o con grupos de personas	1,56	0,18	0,78	-2,01	1,70**	0,21	0,77
TOTAL ERATS-34	31,12	8,43	2,06	3,16	1,15**	1	0,69

M = Media; D.T. = Desviación Típica; A = Asimetría; C = Curtosis; ET = Error típico de asimetría y curtosis; S-W = Shapiro-Wilk; ri-t = Correlación ítem-total corregida; α -i = alfa si el ítem es eliminado; *Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral); **Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Por otro lado, los resultados referidos a la comprensión de la ERATS-34 en la submuestra de personas que habían realizado una tentativa suicida (n=18) indicaron dificultades en la comprensión de los ítems 3, 4, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 17, 23, 26, 30, 31, 32, 33 y 34. Donde se obtuvo en la mayoría de participantes (89%) una puntuación menor a la esperada en la comprensión de los mismos (por debajo del 5 en una escala 0= incomprensible a 10= totalmente comprensible). La valoración de la escala respecto al tiempo de inicio y fin de su cumplimentación, sin tener en cuenta el tiempo de valoración de la comprensión de los ítems, obtuvo una media en la realización de la escala total de 21 minutos, donde 2 personas (11,1%) lo realizaron 13 minutos, 4 personas (22,2%) lo realizaron en 17 minutos, 5 personas (27,7%) lo realizaron en 20 minutos, 3 personas (16,6%) lo realizaron en 25 minutos y 4 persona (22,2%) lo realizó en 30 minutos. Tras los análisis de todos los resultados anteriores, se decidió eliminar todos los ítems cuyo índice de correlaciones ítem-total corregidas no superaba 0,30 y que mostraban además dificultades en la comprensión de los mismos por parte de esta muestra, consiguiendo así tras este proceso de eliminación la versión de 18 ítem

como la definitiva del ERATS en esta muestra, y pasando a denominarse esta escala como ERATS-18.

2. OBJETIVO ESPECÍFICO 2: ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ERATS-29 EN UNA MUESTRA GENERAL Y ERATS-18 EN UNA MUESTRA CLÍNICA

2.1. Resultados del análisis de la normalidad univariada de todas las variables en la muestra de población general y en una muestra de personas que han realizado una tentativa suicida

2.1.1. Resultados de normalidad univariada de todas las variables en la muestra de población general

Los resultados referidos a la normalidad de cada una de las variables en esta población general (N=420) muestran normalidad univariada. En concreto, los resultados obtenidos por la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de lilliefors informan de que la distribución es normal en todas las variables. Estos aspectos también son apoyados por los datos obtenidos a través de los índices de asimetría y curtosis (-2;2) (Tabla 9). Por otro lado, respecto al análisis de los valores perdidos no superan el 10% total de la población, en todas las variables analizadas, que se encuentra entre 2 (0,43%) y 5 (1,1%). Todos estos valores perdidos fueron sustituidos por la media de la escala correspondiente.

Tabla 9.

Descriptivos de todas las variables de la muestra de población general (N = 420)

Prueba	M	DT	Min.	Máx.	K-S	p	A.	C.
							ET (0,11)	ET(0,23)
CD-RISC	66,48	2,83	28	100	0,68	0,47	-0,18	0,91
RS-14	72,08	2,36	14	97	0,73	0,12	-0,64	0,86

SRI-25	61,68	8,71	18	98	0,48	0,22	-0,81	0,12
ERATS-29	67,89	6,15	38	115	0,98	0,95	0,29	0,64

M= Media; DT = desviación Típica; K-S = Prueba Kolmogorov-Smirnov; p = significación
 Min = Valor mínimo; Máx= Valor máximo, A= Asimetría; C= Curtosis; ET= Error típico de asimetría y Error típico de curtosis

2.1.2. Resultados del análisis de normalidad de todas las variables en la muestra de personas que han realizado una tentativa suicida

El resultado referido a la prueba de Kolmogorov-Smirnov informa de que ninguna de las distribuciones de las variables medidas (CD-RISC, RS-14, SRI-25 y ERATS-18) presenta normalidad univariada, lo que es apoyado por los datos obtenidos a través de los índices de asimetría y curtosis que muestran puntuaciones extremas (-2;2) en todas las variables. De hecho, se detecta una distribución asimétrica positiva y una curtosis leptocúrtica en todas las variables. Respecto al análisis de los valores perdidos no superan el 10% total de la muestra, en cada una de las variables, que se encuentra entre 4 (3,05%) y 7 (5,34%). Estos valores perdidos fueron sustituidos por la media de la escala correspondiente (Tabla 10).

Tabla 10.

Descriptivos de todas las variables de la muestra de personas que han realizado una tentativa suicida (N = 131)

Prueba	M	DT	Min.	Máx.	K-S	P	A.	C.
							ET (0,21)	ET(0,42)
CD-RISC	39,68	19,02	3	76	0,06	0,03	2,05	-2,98
RS-14	40,47	18,86	6	72	0,09	0,01	2,15	5,18
SRI-25	33,75	17,46	6	71	0,10	0,01	2,34	-4,94
ERATS-18	28,15	16,21	0	64	0,41	0,01	4,25	7,08

M= Media; DT = desviación Típica; Min = Valor mínimo; Máx= Valor máximo, K-S = Prueba Kolmogorov-Smirnov; A = asimetría; C = Curtosis; ET= Error típico de asimetría y Error típico de curtosis

2.2. Resultados de Validez de la ERATS-29 en población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa suicida

2.2.1. Validez de constructo a través de análisis factoriales en una muestra de población general

2.2.1.1. *Resultados de Análisis Factorial Exploratorio en una submuestra de población general*

Para poder llevar a cabo el análisis exploratorio con el programa Factor 10.3 se tuvieron que transformar las puntuaciones de cada sujeto en un lenguaje adecuado para su procesamiento. Con la base de datos resultante, se transformaron las puntuaciones de todos los sujetos de la muestra n_1 en el lenguaje ASCII en formato fijo (x.dat). Esto se realizó con el propio programa SPSS-23 que ofrece esta opción. Finalmente, para analizar la estructura factorial del ERATS-29 en la muestra n_1 se aplicó la técnica del análisis paralelo (PA) basado en implementación óptima (Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011), a fin de determinar el número de factores a conservar inicialmente. Zwick y Velicer (1986) en un principio y otros autores posteriormente (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Ferrando y Lorenzo-Seva, 2014), han demostrado que este procedimiento para determinar el número de factores funciona de manera más óptima en análisis factoriales exploratorios en comparación con otros procedimientos clásicos como el criterio de Kaiser o el gráfico de sedimentación (“scree test”) del SPSS. Como análisis preliminar a la aplicación del AFE, se comprobaron las estimaciones de las comunalidades iniciales (correlaciones múltiples al cuadrado) para los 29 ítems del cuestionario, puesto que la presencia de comunalidades bajas puede dar lugar a una distorsión sustancial en los resultados del análisis factorial (Bonavia et al., 2015; Velicer y Fava, 1998). Los resultados mostraron comunalidades bajas a altas en los 29 ítems: los valores más bajos fueron las comunalidades de los ítems 3, 4, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 17, 23 y 26 (0,172; 0,197; 0,01;

0,201; 0,267; 0,227; 0,190; 0,117; 0,01; 0,04; 0,219 respectivamente) mientras que las comunalidades moderadas fueron para los ítems 10, 11, 18 y 20 (0,989, 0,994, 0,992 y 0,983, respectivamente).

Los resultados de la ERATS-29 ofrecidos por el análisis factorial a través de FACTOR 10.3 indican que el índice de adecuación muestral (KMO = 0,89), la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{406} = 1886,6; p < 0,001$) y el determinante de la matriz de correlaciones (0,005) mostraron que los datos eran adecuados para realizar el análisis factorial con ERATS-29. Un índice KMO bajo (<0,5) indicaría que la intercorrelación entre los ítems es grande y, por lo tanto, el análisis factorial no sería práctico, ya que se necesitarían casi tantos factores como ítems para incluir un porcentaje de la información aceptable. En este caso, KMO=0,79 indica que existe suficiente correlación y, por lo tanto, sería correcto y útil la aplicación de un Análisis Factorial. Asimismo, la prueba de esfericidad de Bartlett contrasta la hipótesis de igualdad de la matriz de correlaciones con la identidad. La aceptación de la hipótesis nula (Ho) implicaría que las correlaciones entre las variables serían nulas, en cuyo caso tiene sentido un Análisis Factorial. En el caso que se analiza en este apartado, el valor asociado al estadístico χ^2 es significativo, con lo que se acepta la Ho y el análisis factorial tiene sentido. El procedimiento de extracción de factores elegido fue el denominado método de mínimos cuadrados no ponderados (ULS-Unweighted Least Squares), el único método de Análisis Factorial Exploratorio-AFE que permite calcular la proporción de la varianza común explicada por cada uno de los factores extraídos (Lorenzo-Seva, 2013) y siendo este método más robusto y adecuado considerándose el tamaño muestral menor a 300 casos (Lloret-Segura et al., 2014). En cuanto al procedimiento de rotación aplicado a fin de obtener la máxima parsimonia en la interpretación de la solución factorial, se utilizó un método de rotación oblicua, en concreto, el método oblimin directo con un valor de delta igual a 0, de acuerdo a la recomendación de Jennrich (1979).

Para considerar el modelo factorial estable, algunos autores recomiendan que en muestras de población general con distribución normal, el tamaño de las comunalidades de las variables se encuentre en torno a 0,50 y que el número de variables por factor sea adecuado (entre 3 y 6) (Abad, Olea, Ponsoda y García, 2011; Brown, 2006). Del análisis factorial exploratorio se extrajeron 2 dimensiones que explicaban el 49,27% (Factor I) y el 77,45% (Factor II) de la varianza (basada en autovalores-eigenvalue), respectivamente con 9 iteraciones necesarias. El Factor 1 aglutina 6 ítems (representados en negrita), con una saturación única en este factor de $\geq 0,58$. El Factor 2 aglutina a otros 6 ítems (representados en negrita), con una saturación de $\geq 0,57$. A estas dos dimensiones se las denominó como: a) *Protección Interna* (factor 1) con 6 ítem y que aglutina a todos aquellos factores de protección provenientes del propio individuo y b) *Estabilidad Emocional* (factor 2) con 6 ítem y que aglutina a todos aquellos factores referidos a variables relacionadas con la estabilidad psicológica (Tabla 11).

Tabla 11.

Matriz factorial rotada de ERATS-29 en población general

Nº	Ítems de la ERATS-29 en población general ($n_1 = 205$)	Dimensiones	
		Factor 1	Factor 2
1.	Ve siempre el vaso medio lleno, en vez de medio vacío	0,864	-0,006
2.	Soy una persona valiosa	0,961	-0,015
3.	Soy capaz de responder a las exigencias de mi entorno	0,093	0,140
4.	Tengo amigos y familia con quienes contar	0,195	-0,277
5.	Si tengo algún problema pido ayuda a mi familia o amigos	-0,125	-0,039
6.	Tengo planes para el futuro	-0,012	0,908
7.	Puedo gestionar mis pensamientos para conseguir mis objetivos	-0,031	-0,072
8.	Soy capaz de expresar emociones	-0,219	0,110
9.	Cuando tengo un problema me centro en solucionarlo	0,007	0,174

10.	Me tomo los problemas con humor	0,965	0,211
11.	Las emociones no me superan	-0,240	0,974
12.	En mi vida me ocurren cosas buenas	0,055	-0,188
13.	Pienso participar en algún grupo u organización para mejorar la vida de animales o personas	0,088	0,193
14.	Aprendo mucho de mis propios problemas	-0,211	-0,044
15.	Hago amigos con facilidad	-0,096	0,027
16.	Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos	0,606	-0,011
17.	Entiendo cómo se sienten personas menos afortunadas que yo	-0,016	0,097
18.	Tengo la esperanza de tener una vida feliz	0,201	0,976
19.	Soy capaz de controlar mi enfado	-0,316	0,681
20.	Pienso antes de actuar	-0,016	0,967
21.	Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa	0,155	0,221
22.	Sé quién puede ayudarme en momentos de crisis o angustia	0,096	0,142
23.	Soy capaz de contar mis problemas a familiares o amigos	0,189	0,164
24.	Cuento con un grupo de amigos para divertirme	0,060	-0,188
25.	Cuando algo me preocupa tengo personas que me consuelan, escuchan y animan	0,042	-0,002
26.	Las cosas buenas que me ocurren son gracias a mí mismo o a mí misma	-0,183	0,083
27.	Controlo mis impulsos, aunque me presionen	0,179	0,705
28.	Sé sacar la parte cómica a los problemas	0,591	0,127
29.	En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	0,864	-0,133

Así, se eliminaron todos aquellos ítems con cargas factoriales por debajo de 0,50 en el análisis exploratorio. Por lo que la escala se redujo de 29 ítems a 12 ítems en esta sub-muestra de población general. Además, a la vista de los datos que se reflejan en la Tabla 12, se puede concluir que las dimensiones de la ERATS-12, mantienen una independencia factorial entre ellas aceptable, tal y como se expresan en negrita los niveles de correlación entre sí.

Tabla 12.

Matriz de transformación de las componentes del AFE

Factor	Factor 1	Factor 2
1. Protección Interna	1,00	
2. Estabilidad emocional	0,24	1,00

Después de la fase de extracción, se utilizaron dos medidas generales para evaluar la bondad de ajuste del modelo factorial (Tabla 13). El programa FACTOR 10.3 ofrece diversos índices de bondad cercanos a confirmar la estructura factorial explorada: (1) el porcentaje acumulado de varianza común explicada que ya representó el 77,45% de la varianza común total, por lo que se puede afirmar que una proporción importante de la varianza común de los ítems queda recogido en esta solución de dos factores; (2) la raíz media cuadrática de los residuales (RMSR) fue de 0,062, el valor RMSR esperado para un modelo aceptable de acuerdo con la aplicación del criterio de Kelley (Harman, 1962; Kelley, 1935) debe ser igual o menor de 0,070 o también se produce un ajuste aceptable con valores iguales o menores a 0,080 (Lloret-Segura et al., 2014). El error típico de un coeficiente de correlación de cero en la muestra es, aproximadamente, $1/\sqrt{n}$ donde n es el tamaño de muestra. Así, si la RMSR se mueve en torno a este valor (0,06), o es menor, cabe interpretar que los valores residuales observados no difieren significativamente de cero y, por tanto, que no quedan ya relaciones sistemáticas por explicar (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Sin embargo, otros índices de bondad pusieron de manifiesto un ajuste débil en la solución bifactorial ERATS-12, pudiendo ser debido a la tremenda influencia del tamaño de muestra (por debajo de 300) sobre estos índices de bondad (Brown, 2006; Jöreskog y Sörbom, 1993). En concreto, los índices que mostraron un ajuste débil fueron el Índice No Normalizado de Ajuste (NNFI) y el Índice de Ajuste Comparativo (CFI) (buen ajuste valores iguales o mayores 0,85 según Schumacker y Lomax, 2004). Sin embargo, otros índices de bondad mostraron un adecuado ajuste del modelo bifactorial, en concreto el Índice gamma (GFI) y Índice de bondad de Ajuste (AGFI) (buen ajuste valores iguales o mayores a 0,85 según Jöreskog y Sörbom, 1993) y un

ajuste adecuado del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA; buen ajuste menor a 0,05; 95% IC según Schumacker y Lomax, 2004; menor de 0,06 ajuste aceptable según Lorenzo-Seva et al., 2011) (Tabla 13).

Tabla 13.

Bondad de ajuste del modelo exploratorio de ERATS-12 en población general ($n_1=205$)

	χ^2	gl	p	RMSR	NNFI	CFI	GFI	AGFI	RMSEA (I.C.95%)
ERATS-12	1575,992	43	0,00	0,06	0,44	0,64	0,99	0,98	0,02

RMSR = Raíz media cuadrática de los residuales; NNFI = Índice no normalizado de ajuste; CFI = Índice de ajuste comparativo; GFI = Índice gamma; AGFI = Índice de bondad de ajuste; RMSEA = Error cuadrático medio de aproximación

2.2.1.2. *Resultados de Análisis Factorial Confirmatorio en otra submuestra de población general*

Posteriormente, se intentó confirmar la estructura bidimensional obtenida en análisis exploratorios previos con el programa AMOS de SPSS-23 utilizando otra muestra $n_2 = 215$ personas (95 hombres-37,25% y 120 mujeres-55,81%), cuyas edades oscilaron entre 18 y 71 años, con una edad media de 38,3 (DT = 7,51). Los resultados mostrados por los análisis descriptivos de los ítems y los índices de asimetría y curtosis en los participantes n_2 por dimensión, se muestran en la Tabla 14. Según los datos de los índices de asimetría y curtosis existe normalidad univariada, pero el análisis de la normalidad a través del índice de Mardia (1970), ofrece falta de normalidad multivariada en esta muestra n_2 (411,22) (se utiliza este índice obtenido a través de FACTOR 10.3, porque AMOS 23 ofrece normalidad multivariante solo referida a la curtosis (*critical ratio* muestra no normalidad multivariante)).

Tabla 14.

Estadísticos descriptivos, índices de asimetría y curtosis, e índices de normalidad del ítem ($n_2 = 215$)

Nº	Ítems ERATS-12	M	DT	A	C	K-S	p
				$Et(0,16)$	$Et(0,33)$		
1.	Veó siempre el vaso medio lleno, en vez de medio vacío	2,02	1,23	0,22	-0,93	0,18	0,22
2.	Soy una persona valiosa	2,68	0,88	-0,18	-0,46	0,25	0,34
4.	Me tomo los problemas con humor	2,68	0,88	-0,04	-0,78	0,25	0,49
6.	Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos	3,41	0,59	0,01	-0,43	0,32	0,57
11.	Sé sacar la parte cómica a los problemas	3,25	0,71	0,16	-1,04	0,26	0,06
12.	En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	2,05	1,31	-0,18	-0,46	0,25	0,89
3.	Tengo planes para el futuro	1,95	1,35	0,28	-1,12	0,14	0,07
5.	Las emociones no me superan	2,61	0,99	-0,36	-0,91	0,28	0,45
7.	Tengo la esperanza de tener una vida feliz	2,62	1,01	-0,36	-0,94	0,27	0,90
8.	Soy capaz de controlar mi enfado	3,30	0,70	-0,82	1,14	0,26	0,71
9.	Pienso antes de actuar	2,62	1,02	-0,32	-0,86	0,16	0,82
10.	Controlo mis impulsos, aunque me presionen	3,17	0,73	0,28	-1,09	0,24	0,65

M = Media; D.T. = Desviación Típica; A = Asimetría; C = Curtosis; ET = Error típico de asimetría y curtosis; K-S = Kolmogorov-Smirnov

El método utilizado para la realización del análisis confirmatorio fue el de máxima verosimilitud (ML) con la aplicación de procedimientos de bootstrap (por no normalidad multivariante). Algunos autores plantean que cuando la muestra tiene un tamaño moderado (menor de 300 participantes) y el modelo está especificado correctamente la estimación de máxima verosimilitud (ML) con la aplicación de procedimientos de bootstrap proporciona los mejores resultados, aún en condiciones de distanciamiento del supuesto de normalidad multivariante (Rodríguez-Ayán y Ruiz-Díaz, 2008). Los índices de ajuste utilizados fueron: el ratio χ^2/gl , GFI, AGFI y RMSEA. Para el ratio χ^2/gl , valores inferiores a 3 indican un buen ajuste (Chau, 1997; Hartwick y Barki, 1994), siendo aceptables valores inferiores a 5, en ambos casos deben ser significativos (Bentler, 1989). La Media Cuadrática Residual-RMR en AMOS 23 es similar a la raíz media cuadrática de los residuales (RMSR) en FACTOR 10.3, como ya se

planteó anteriormente, un ajuste aceptable serian valores iguales o menores 0,08 (Lloret-Segura et al., 2014). Y para el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) al 95% IC, un valor inferior a 0,05 indicaría un modelo con buen ajuste (Browne y Cudeck, 1993; Schumacker y Lomax, 2004), aceptándose valores menores de 0,06 como ajuste aceptable del modelo (Hu y Bentler, 1999; Lorenzo-Seva et al., 2011). Los valores mayores o iguales a 0,85 en GFI y AGFI son igualmente indicadores de ajuste adecuado (Jöreskog y Sörbom, 1993). Los resultados ofrecidos en la Tabla 15 muestran que la ERATS-12 parece presentar muy buenos índices de ajuste en esta muestra de población general. En concreto, se observa que $\chi^2/g.l.$ es adecuado y significativo. El resto de índices son excelentes, al obtenerse un valor de RMSEA (95% IC) por debajo de 0,08 y presentar GFI y AGFI valores por encima del límite 0,85, alcanzando consenso entre los índices de bondad evaluados, siendo por tanto su aceptabilidad fuerte.

Tabla 15.

Índices de bondad de ajuste para el ERATS-12 en población general ($n_2 = 215$)

	χ^2	g.l.	$\chi^2/g.l.$	p	RMSEA (95% IC)	RMR	GFI	AGFI
ERATS-12	139,22	52	2,68	0,00	0,01	0,03	0,89	0,86

χ^2 = chí cuadrado; g.l. = grados de libertad, $\chi^2/g.l.$ = índice de bondad chí cuadrado; p = nivel de significación; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; RMR = Media cuadrática (similar al RMSR de Factor 10.3); GFI = Índice Gamma; AGFI = Índice de bondad de Ajuste.

Respecto a los resultados mostrados en la Figura 1 se muestra el *path diagram* de la ERATS-12 donde los valores de los pesos estandarizados (coeficientes beta β) oscilaron alrededor de 0,56 del ítem 11 “Sé sacar la parte cómica a los problemas” (protección interna) y 0,98 del ítem 3 “Tengo planes para el futuro” (estabilidad emocional). Existen altas cargas factoriales en la mayoría de los ítems, excepto en los ítems 6 “Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos” (0,56) de protección interna y 8 “Soy capaz de controlar mi enfado” (0,59) de estabilidad

emocional. Por otro lado, la covarianza entre las dimensiones interna y estabilidad emocional es adecuada (0,56), lo que indica una importante independencia factorial entre las 2 subdimensiones de la ERATS-12.

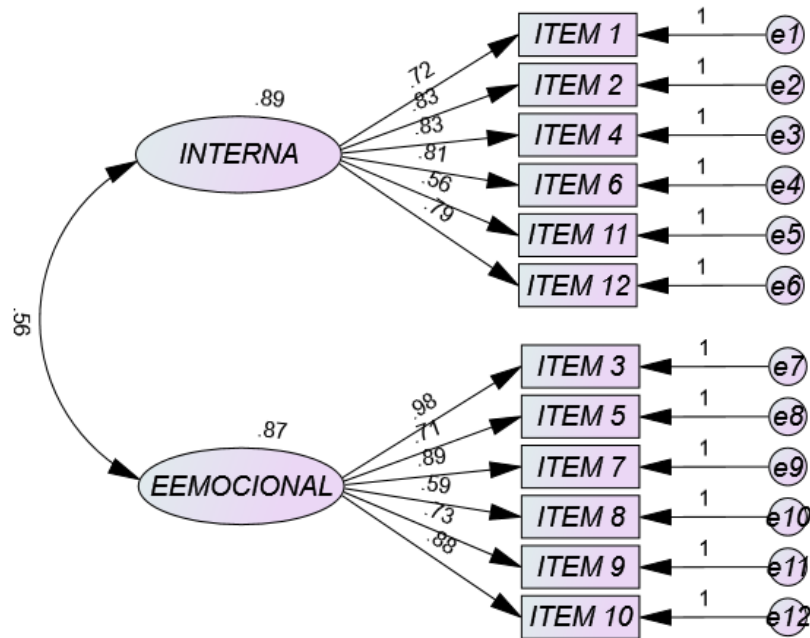


Figura 1: *Path diagram* del modelo de dos dimensiones correspondiente al ERATS-12
 Nota. Las correlaciones entre cada dimensión vienen representadas con flechas bidireccionales. Los coeficientes B estandarizados se representan encima de cada una de las flechas unidireccionales. Los pesos de las covarianzas entre las dimensiones se indican en las flechas bidireccionales.

2.2.1.3. *Resultados del análisis factorial confirmatorio de la escala ERATS-18 en una muestra de personas que han realizado una tentativa de suicidio*

Los resultados ofrecidos por el análisis de normalidad univariante y multivariante en esta muestra clínica de personas que han realizado una tentativa suicida muestran que no existe normalidad, ni univariante ni multivariante (Mardia = 437,51), en la distribución de los ítems (Tabla 16) y además presenta un número de participantes menor de 200 casos (N=131). De ahí, que el método más adecuado y robusto para la realización del análisis confirmatorio fuese el denominado mínimos

cuadrados generalizados (GLS) con la aplicación del procedimientos de bootstrap GLS (Lloret-Segura et al., 2014).

Tabla 16.

Estadísticos descriptivos, índices de asimetría y curtosis, e índices de normalidad del ítem en personas que han realizado una tentativa suicida (N=131)

ERATS-18	M	D.T.	A	C	K-S
			ET(.21)	ET(.42)	
1. Veo siempre el vaso medio lleno, en vez de medio vacío	1,02	1,13	0,17	-0,72	0,90**
2. Soy una persona valiosa	1,06	1,28	-0,14	-1,11	0,81**
5. Me tomo los problemas con humor	1,89	1,10	0,20	-0,87	0,85**
8. Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos	1,04	1,78	0,07	-0,78	0,86**
17. Sé sacar la parte cómica a los problemas	1,05	1,24	-0,09	-0,92	0,89**
18. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	1,14	1,86	-0,08	-0,97	0,90**
4. Tengo planes para el futuro	1,05	1,15	0,20	-1,02	0,86**
6. Las emociones no me superan	1,05	1,99	0,06	-0,78	0,97**
9. Tengo la esperanza de tener una vida feliz	1,07	1,45	0,03	-0,77	0,80**
10. Soy capaz de controlar mi enfado	1,08	1,20	0,18	-1,01	0,87**
11. Pienso antes de actuar	1,04	1,19	0,07	-0,83	0,90**
16. Controlo mis impulsos, aunque me presionen	1,12	1,96	0,10	-1,12	0,87**
3. Si tengo algún problema pido ayuda a mi familia o amigos	1,07	1,28	-0,05	1,01	0,86**
7. Hago amigos con facilidad	1,24	1,94	-0,06	-0,89	0,83**
12. Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa	1,22	1,95	0,09	-0,81	0,87**
13. Sé quién puede ayudarme en momentos de crisis o angustia	1,30	1,12	-0,03	-0,92	0,91**
14. Cuento con un grupo de amigos para divertirme	1,08	1,11	0,05	-0,86	0,80**
15. Cuando algo me preocupa tengo personas que me consuelan, escuchan y animan	1,24	1,29	-0,10	-1,07	0,55**

M = Media; D.T. = Desviación Típica; A = Asimetría; C = Curtosis; ET = Error típico de asimetría y curtosis; K-S = Kolmogorov-Smirnov; *Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral); **Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Los resultados obtenidos indican que la ratio $\chi^2/g.l.$, ofrece valores significativos inferiores a 3 mostrando un buen ajuste (Chau, 1997; Hartwick y Barki, 1994). La Media Cuadrática Residual-RMR ofrece un ajuste aceptable con valores iguales o menores 0,08. El error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) al 95% I.C. ofrece valores de 0,03, informando de un ajuste excelente (Hu y Bentler, 1999). El valor de GFI es mayor de 0,85, lo que también indica un buen ajuste de los datos. Sin embargo, el valor de AGFI es menor de .85, aunque dicha diferencia se considera marginal (Tabla 17).

Tabla 17.

Índices de bondad de ajuste del análisis confirmatorio en personas que han realizado una tentativa suicida (N = 131)

	χ^2	g.l.	$\chi^2/g.l$	P	RMSEA (IC 95%)	RMR	GFI	AGFI
ERATS-18	329,35	132	2,50	0,00	0,03	0,08	0,88	0,84

χ^2 = chi cuadrado; g.l. = grados de libertad, $\chi^2/g.l$ = índice de bondad chí cuadrado; p = nivel de significación; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; RMR = Media cuadrática (similar al RMSR de Factor 10.3); GFI = Índice Gamma; AGFI = Índice de bondad de Ajuste.

En la Figura 2 se muestra el *path diagram* de la ERATS-18 en la muestra de personas que han realizado una tentativa de suicidio, siendo todos los valores de los pesos estandarizados (coeficientes beta β) mayores de 0,30. Las cargas factoriales para cada ítem en su dimensión se encuentran entre altas y muy altas. En concreto, y de forma global, los resultados muestran que el ítem con menor peso es el ítem 3 (0,45) (protección externa) y el de mayor peso es el ítem 9 (0,98) (estabilidad emocional). Por otro lado, las covarianzas más bajas se encuentran entre las dimensiones interna y externa (0,56) y la más alta entre la dimensión interna y estabilidad emocional (0,87).

El análisis de resultados por dimensiones informa de que el ítem con menor carga factorial en la dimensión de protección interna es el ítem 8 (0,77) “Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos” y el ítem con mayor carga factorial en la dimensión interna es el ítem 5 (0,97) “Me tomo los problemas con humor”. En la dimensión estabilidad emocional los ítems con menores cargas factoriales son los ítems 10 (0,65) “soy capaz de controlar mi enfado” y 16 (0,65) “controlo mis impulsos, aunque me presionen” y el de mayor peso es el ítem 9 “Tengo la esperanza de tener una vida feliz” (0,98). Y en la dimensión externa el ítem con menor carga factorial es el ítem 3 (0,45) “Si tengo algún problema pido ayuda a mi familia o amigos” y el de mayor carga factorial es el ítem 15 (0,95) “cuando algo me preocupa tengo personas que me consuelan, escuchan y animan”.

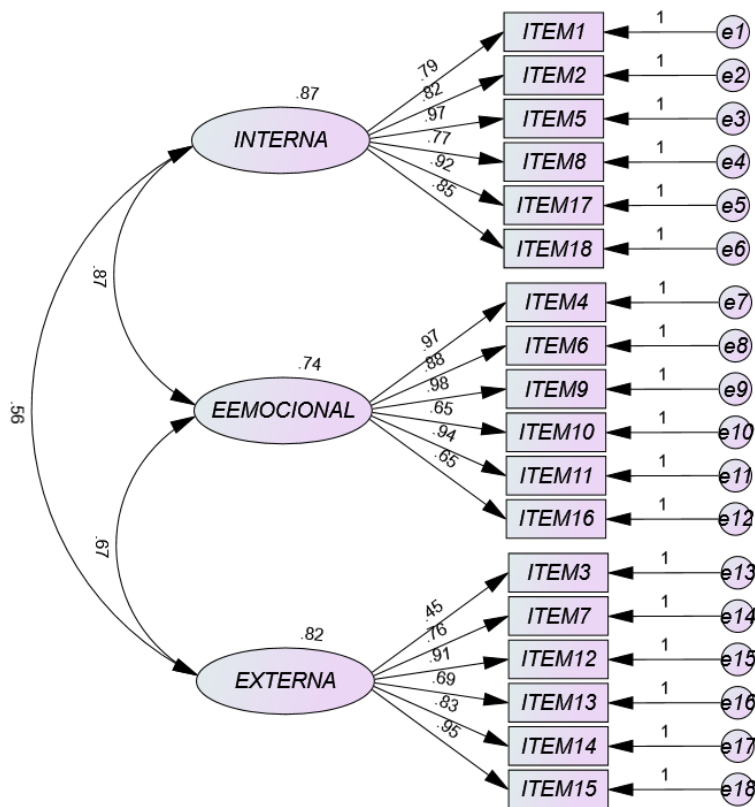


Figura 2: *Path diagram* de la ERATS-18 en muestra de personas que han realizado una tentativa suicida (N= 131)

Nota. Las correlaciones entre cada dimensión vienen representadas con flechas bidireccionales. Los coeficientes B estandarizados se representan encima de cada una de las flechas unidireccionales. Los pesos de las covarianzas entre las dimensiones se indican en las flechas bidireccionales.

2.3. Resultados del análisis de la Fiabilidad de la ERATS-12 en población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa suicida

2.3.1. Consistencia interna y fiabilidad mediante el procedimiento de las dos mitades sobre la ERATS-12 en población general

Los resultados obtenidos del análisis de la normalidad por dimensiones en la muestra general (N=420) informan de normalidad univariada, tal y como puede comprobarse según el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y los datos ofrecidos por el nivel de asimetría y la curtosis, que no indican exceso de variabilidad según dimensiones (-2;2), excepto en la dimensión interna que se acerca al límite (1,99). Los resultados referidos a la consistencia interna de las dos dimensiones y la puntuación total de la ERATS-12 fueron calculados mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose en todas las dimensiones y en la puntuación total valores aceptables. Los resultados obtenidos a través del método de la fiabilidad dos-mitades, tanto para cada dimensión como para la escala completa (12 ítems), fueron también adecuados (Tabla 18).

Tabla 18.

Consistencia interna (alfa y dos mitades) de la ERATS-12 y por dimensiones en muestra de población general (N = 420)

DIMENSIONES	M	D.T.	A	C	K-S	r _{xx}	α
			Et(0,13)	Et(0,32)			
Protección Interna	20,41	5,30	0,85	1,99	1,25 ^{ns}	0,55	0,61
Estabilidad Emocional	23,12	4,18	0,19	0,62	2,43 ^{ns}	0,49	0,70
TOTAL	49,91	9,25	1,29	1,64	1,48 ^{ns}	0,64	0,75

M= Media; D.T. = Desviación Típica; A = Asimetría; C = Curtosis; ET = Error típico de asimetría y curtosis; K-S = Prueba Kolmogorov-Smirnov; *Significativo <0,05; **Significativo <0,01; ns = no significativo; r_{xx} = Fiabilidad dos mitades; α= alfa

2.3.2. Consistencia interna y fiabilidad mediante el procedimiento de las dos mitades sobre la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa suicida

El análisis de la normalidad por dimensiones en la muestra de personas que han realizado una tentativa suicida (N=131) muestra que no hay normalidad univariada, tal y como puede comprobarse según el estadístico de Kolmogorov-Smirnov. Sin embargo, los datos ofrecidos por la asimetría y la curtosis no indican excesiva variabilidad según dimensiones (-2; 2).

Los resultados referidos a la consistencia interna de las tres dimensiones y la puntuación total de la ERATS-18 fueron calculados mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose en todas las dimensiones y en la puntuación total alfas más elevados que en la población general. Por otro lado, se calculó la fiabilidad dos-mitades, tanto para cada dimensión como para la escala completa (18 ítems), obteniendo igualmente coeficientes adecuados (Tabla 19).

Tabla 19.

Consistencia interna (alfa y dos mitades) de la ERATS-18 y por dimensiones en personas que han realizado tentativa suicida (N = 131)

DIMENSIONES	M	D.T.	A	C	K-S	r _{xx}	α
			Et(.13)	Et(.22)			
Protección Interna	12,29	4,41	-0,20	-1,14	0,71*	0,73	0,81
Estabilidad Emocional	12,61	2,52	-0,13	-1,06	0,99**	0,59	0,79
Protección Externa	10,21	5,57	-0,16	-1,09	0,23*	0,69	0,71
TOTAL	21,02	11,98	0,92	-1,12	0,98**	0,76	0,88

M= Media; D.T. = Desviación Típica; A = Asimetría; C = Curtosis; ET = Error típico de asimetría y curtosis; K-S=Prueba Kolmogorov-Smirnov; *Significativo <0,05; **Significativo <0,01; ns = no significativo; r_{xx} = Fiabilidad dos mitades; α= alfa

Además, se obtuvo el nivel de fiabilidad a través del alfa de Cronbach en esta muestra constituida por personas que han realizado una tentativa suicida, sobre Connor-Davidson Resilience Scale-Escala de Resiliencia de Connor y Davidson-CD-RISC

(Connor y Davidson, 2003) y el RS-14 de Wagnild (2009b), que miden resiliencia general, y también con el Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) de Osman et al. (2004), que mide resiliencia específica ante tentativas suicidas. Los resultados obtenidos informan de que los índices son adecuados ($\alpha_{CD-RISC} = 0,62$; $\alpha_{RS-14} = 0,65$), aunque parecen ser más altos en la escala SRI-25 de Osman et al., (2004) ($\alpha_{SRI-25} = 0,77$).

2.4. Resultados del análisis de la Validez de criterio de la ERATS-12 en población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa suicida

2.4.1. Validez de criterio a través de validez convergente de la escala ERATS-12 en personas de población general

En la muestra de personas de la población general (N=420) se realizó un análisis de las relaciones entre las puntuaciones en la ERATS-12 y sus dimensiones con las puntuaciones totales obtenidas en la Connor-Davidson Resilience Scale-Escala de Resiliencia de Connor y Davidson-CD-RISC (Connor y Davidson, 2003) y el RS-14 de Wagnild (2009b), que miden resiliencia general, y también con el Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) de Osman et al. (2004), que mide resiliencia específica ante tentativas suicidas. Tal y como muestra la Tabla 20, los resultados de las correlaciones entre la escala ERATS-12 y la escala de resiliencia CD-RISC y RS-14 son significativas, tanto en las puntuaciones totales como en las puntuaciones de cada uno de los factores ($p < 0,01$). Sin embargo, el nivel de correlación mayor se produce con el Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) de Osman et al. (2004), donde la ERATS-12 correlaciona de forma significativa tanto en puntuaciones totales ($r = 0,74$; $p < 0,01$) como en las puntuaciones de cada subdimensión protección interna ($r = 0,70$; $p < 0,01$) y estabilidad emocional ($r = 0,61$; $p < 0,01$).

Tabla 20.

Correlaciones entre ERATS-12 (Protección interna y estabilidad emocional) con CD-RISC, RS-14, SRI-25, BDI, STAI-R (N=420)

	P. Interna	E. Emocional	ERATS-12	CD-RISC	RS-14	SRI-25
P. Interna	1	0,59*	0,99**	0,43**	0,58**	0,70**
E. Emociona	0,59*	1	0,86**	0,38*	0,41*	0,61**
ERATS-12	0,99**	0,86**	1	0,57**	0,44**	0,74**
CD-RISC	0,43**	0,38*	0,57**	1	0,50**	0,48**
RS-14	0,58**	0,41*	0,44**	0,50**	1	0,36*
SRI-25	0,70**	0,61**	0,74**	0,52**	0,36*	1

*Correlación significativa en el nivel 0,05; **Correlación significativa en el nivel 0,01; ns= no significativa

2.4.2. Validez de criterio a través de validez convergente de la escala ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa de suicidio

Para determinar si la ERATS-18 evalúa resiliencia ante tentativas suicidas en personas que han realizado una tentativa de suicidio (N=131), se comprobó la relación entre la ERATS-18 y otros instrumentos utilizados para evaluar resiliencia general (CD-RISC y RS-14) y resiliencia ante tentativas suicidas (SRI-25) en esta muestra.

En lo referido a la validez de criterio a través de la validez convergente en esta muestra de personas que han realizado una tentativa suicida (N=131), en la Tabla 21 se muestran las correlaciones de las dimensiones y del total de la ERATS-18 con los instrumentos de resiliencia general (CD-RISC, RS-14) y de resiliencia ante tentativas suicidas (SRI-25). Como se puede observar, la puntuación total del ERATS-18 presenta una alta correlación con todos los instrumentos utilizados, siendo la correlación más alta con la puntuación total del SRI-25. Respecto a las dimensiones del ERATS-18, se observa que la dimensión protección interna presenta altas correlaciones con la escala SRI-25, al igual que la dimensión estabilidad emocional y protección externa, siendo

menores los niveles de correlación de las tres dimensiones de la ERATS-18 con las escalas de resiliencia general (CD-RISC y RS-14).

Tabla 21.

Correlaciones entre ERATS-18 (Protección interna, estabilidad emocional y externa) con CD-RISC, RS-14, SRI-25 (N= 131)

	<i>P. Interna</i>	<i>E. Emociona</i>	<i>P. Externa</i>	ERATS-18	CD-RISC	RS-14	SRI-25
<i>P. Interna</i>	1	0,90**	0,79**	0,95**	0,61**	0,67**	0,84**
<i>E. Emociona</i>	0,90**	1	0,83**	0,96**	0,53**	0,59**	0,83**
<i>P. Externa</i>	0,79**	0,83**	1	0,92**	0,58**	0,63**	0,77**
ERATS-18	0,95**	0,96**	0,92**	1	0,79**	0,76**	0,91**
CD-RISC	0,61**	0,53**	0,58**	0,79**	1	0,93**	0,95**
RS-14	0,67**	0,59**	0,63**	0,76**	0,93**	1	0,93**
SRI-25	0,84**	0,83**	0,77**	0,91**	0,95**	0,93**	1

*Correlación significativa en el nivel 0,05; **Correlación significativa en el nivel 0,01; ns= no significativa

2.4.3. Resultados de la validez de criterio a través de la validez externa en ambas muestras

De la población general (N=420) se extrajo una muestra de similar tamaño y características demográficas (sexo y edad) ($n_3 = 137$) a la muestra de personas con tentativas suicidas ($n = 131$) y se realizó una comparación de medias entre ambas muestras, donde las medias y desviaciones típicas por dimensión y total de cada muestra se presentan en la Tabla 22. Los análisis de muestras independientes informan de la existencia de diferencias significativas en todas las dimensiones y total de la ERATS-18 entre ambos grupos. Así, las personas que han realizado una tentativa suicida presentan niveles más bajos de protección interna, estabilidad emocional y protección externa que la población general, presentando las personas que han realizado una tentativa suicida niveles más bajos en resiliencia ante esta conducta de

riesgo. Los resultados sobre la magnitud del efecto (η^2) y la potencia del contraste muestran resultados adecuados, tanto en la escala completa ($\eta^2_{ERAT18} = 0,98$, potencia = 0,94) como en cada una de sus dimensiones ($\eta^2_{P.Interna} = 0,82$, potencia = 0,79; $\eta^2_{E.Emocional} = 0,71$, potencia = 0,82; $\eta^2_{P.Externa} = 0,83$, potencia = 0,69).

Tabla 22.

Diferencias entre muestra general y clínica en ERATS-18 (protección interna, estabilidad emocional y protección externa)

	Muestra general		Muestra clínica		t	g.l.	IC 95%	
	(n ₃ = 137)		(n = 131)				LI	LS
	M	D.T.	M	D.T.				
P. Interna	18,23	3,97	12,29	4,41	8,11***	266	3,33	9,51
E. Emociona	16,11	6,92	12,61	2,52	6,22***	266	2,15	7,84
P. Externa	19,23	5,11	10,21	5,57	6,89***	266	3,22	8,77
ERATS-18	56,04	9,17	21,02	11,98	8,25***	344	6,26	15,36

*Correlación significativa en el nivel 0,05; **Correlación significativa en el nivel 0,01; ***Correlación significativa en el nivel .001; ns= no significativa; LI = límite inferior; LS = Límite Superior

2.4.4. Predicción de tentativas suicidas futuras a través de la ERATS-12 y ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa de suicidio

Los resultados iniciales muestran que existe una importante diferencia en la media y desviación típica de las puntuaciones totales en el ERATS-18 entre las personas que han realizado un reintento de suicidio y las personas que no lo han reintentado durante alguno de los 6 meses que duró el periodo de seguimiento con todos los participantes que había realizado una tentativa de suicidio anterior (Tabla 23). Estos resultados ya parecen indicar que aquellas personas que durante los meses de seguimiento han realizado una tentativa de suicidio posterior presentarían

puntuaciones más bajas en la ERASTS-18 que aquellos otros que no realizaron ninguna tentativa de suicidio durante los 6 meses de seguimiento.

Tabla 23.

Descriptivos y número y porcentaje por grupos (realización de tentativas y no realización de reintentos) durante los meses de duración del proceso de seguimiento (N= 131)

Mes	Realización de reintentos de suicidio			No realización de reintentos de suicidio		
	Nº(%)	M(DT) _{ERATS12}	M(DT) _{ERATS18}	Nº(%)	M(DT) _{ERATS12}	M(DT) _{ERATS18}
<i>Primer</i>	2(1,5)	34,67(4,97)	6,00(2,83)	129(98,5)	35,88(6,31)	23,28(12,96)
<i>Segundo</i>	6(4,6)	27,14(2,56)	12,00(4,34)	125(95,4)	35,86(6,42)	23,86(12,73)
<i>Tercer</i>	6(4,6)	31,16(6,74)	10,17(6,34)	125(95,4)	36,03(6,27)	23,66(12,93)
<i>Cuarto</i>	6(4,6)	30,00(6,48)	4,33(3,08)	125(95,4)	36,09(6,23)	12,61(1,13)
<i>Quinto</i>	10(7,6)	33,30(5,98)	7,30(5,91)	121(92,4)	36,02(6,36)	24,35(12,57)
<i>Sexto</i>	14(10,7)	33,64(4,58)	10,14(7,88)	117(89,3)	36,07(6,50)	24,59(12,64)

$M_{ERATS12}$ = Media de puntuaciones directas en ERATS-12; $DT_{ERATS12}$ = Desviación Típica de puntuaciones directas en ERATS-12; $M_{ERATS18}$ = Media de puntuaciones directas en ERATS-18; $DT_{ERATS18}$ = Desviación Típica de puntuaciones directas en ERATS-18

2.4.4.1. Resultados sobre la predicción de tentativas suicidas futuras durante 6 meses de seguimiento a través de las ERATS-12 y ERATS-18 y análisis de la eficacia diagnóstica de ambos instrumentos y de los demás que evalúan resiliencia

Con el fin de analizar y cuantificar el poder predictivo de ambas escalas (ERATS-12 y ERATS-18 como variables Independientes-VI) sobre la tentativa suicida (variables dependientes-VD), se aplicó un análisis de Regresión Logística Binaria utilizando el procedimiento por Pasos hacia Delante. En primer lugar, se transformó de forma artificial la VD nominal en métrica y en segundo lugar se aplicaron los índices necesarios para hallar todos supuestos de partida.

Puesto que en SPSS-23 la regresión logística binaria no contempla procedimientos para el análisis de la no multicolinealidad y de la independencia de los errores de las VIs, para probar los supuestos de no multicolinealidad (Factor de inflación de la Varianza-VIF) e independencia de los errores se utilizó la regresión lineal con ambas VIs (ERATS-12 y ERATS-18). Los resultados referidos a la independencia de los errores a través de la prueba de Durwin-Watson indican que se cumple este supuesto en las VIs (ERATS-12 y ERATS-18) durante los meses de seguimiento (Tabla 24). El supuesto de no multicolinealidad también se cumple para las VIs, puesto que su valor está por debajo de 10 (Kleinbaum, Kupper y Muller, 1988), ($VIF_{ERATS-12} = 2,23$ vs $VIF_{ERATS-18} = 1,00$).

Por otro lado, el resultado significativo por la puntuación de eficiencia estadística de ROA (χ^2 ; $p < 0,05$) indica que hay una mejora en la predicción de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la VD (reintento o no reintento de suicidio) para los meses de seguimiento sobre las personas que han realizado una tentativa suicida previa, existiendo un incremento en la probabilidad de acierto en el resultado de la VD (realizar un reintento o no realizarlo) cuando presenta una puntuación baja en ambas VI (ERATS-12 y ERATS-18). Además, el valor de Nagelkerke (parte de la varianza de la VD explicada) indica que el modelo propuesto explica para la ERATS-12 entre el 0,011 (1,1%) a un 0,299 (29,9%) y para la ERATS18 entre un 0,175 (17,5%) a un 0,782 (78,2%) de la varianza de la VD según meses (Tabla 24). A partir de la obtención de todos estos índices los resultados indican que se podría probar el poder predictivo de este modelo, puesto que por una parte se sabe que las VIs (ERATS-12 y ERATS-18) que se ha introducido en el modelo mejoran significativamente la predicción (% inicial y % pronosticado); además, los modelos que se están probando explican en el sexto mes un 29,9% para la ERATS-12 y un 78,2% para la (ERATS-18) de la varianza de la VD y que cuando se hacen afirmaciones en base a ambos modelos entre un 1,1% y un 29,9% (ERATS-12) y un 17,5% y un 31,6% (ERATS-18) se está en lo

cierto para estos datos. Todos estos criterios ofrecen un adecuado pronóstico sobre el cumplimiento de los supuestos de partida necesarios para aplicar un análisis de regresión logística binaria sobre los datos obtenidos durante todos los meses de seguimiento tras la realización de una tentativa suicida por cada una de las personas de la muestra.

Tabla 24.

Supuestos de independencia de errores de las VI (ERATS-12 y ERATS-18), puntuación de eficiencia estadística de ROA, porcentajes de observaciones y pronósticos y varianza explicada en meses de seguimiento (N= 131)

Mes	D-W		χ^2		g.l.		p		% Inicial		% Pronosticado		R ² Nagelkerke	
	12	18	12	18	12	18	12	18	12	18	12	18	12	18
Primer	0,78	2,03	1,22	5,95	1	1	0,03	0,01	21,70	87,21	23,67	98,51	0,011	0,175
Segundo	1,45	1,86	1,89	9,78	1	1	0,04	0,00	29,14	72,90	30,00	95,42	0,035	0,209
Tercer	2,90	2,11	1,76	3,71	1	1	0,04	0,04	30,02	93,27	34,47	97,13	0,062	0,316
Cuarto	2,12	2,09	4,34	13,51	1	1	0,01	0,00	45,10	67,20	49,33	72,43	0,234	0,316
Quinto	1,89	1,99	3,29	11,96	1	1	0,02	0,00	29,22	62,41	32,10	85,41	0,103	0,701
Sexto	2,23	1,92	3,20	11,83	1	1	0,04	0,00	60,14	63,12	65,29	89,39	0,299	0,782

12 = ERATS-12; 18 = ERATS-18; D-W = Prueba de Durwin-Watson; χ^2 = Prueba de eficiencia estadística de ROA; % Inicial = porcentaje global observado; % pronosticado = porcentaje global pronosticado; R² Nagelkerke = Varianza explicada por VI

Tras la valoración de los índices de bondad del modelo de regresión, a continuación, se muestran los resultados de la ecuación de regresión sobre la predicción de un resultado concreto (reintento de suicidio o no reintento de suicidio) si se posee la puntuación directa en las ERATS-12 y ERATS-18 durante los meses de seguimiento.

Según los resultados observados en la Tabla 25 muestran la ecuación para las de las VIs (ERATS-12 y ERATS-18), el coeficiente beta (β) en todos los meses de seguimiento, el error estándar y la significación del estadístico de Wald del contraste de hipótesis (equivalente al valor t en regresiones simples y múltiples), que informa durante los meses de seguimiento si las VIs pueden ser buenos predictores del riesgo de realizar un reintento de suicidio (siendo $H_0: \beta = 0$), es decir, si estas escalas son útiles o no para la predicción de la ocurrencia o no ocurrencia de la variable dependiente. La puntuación de Wald indica que la ERATS-18 aporta un valor significativo a la predicción de la ocurrencia o no de un reintento de suicidio ($p < 0,01$ en todos los meses excepto en el primer mes que es $p < 0,05$) y además los resultados obtenidos durante los meses de seguimiento se pueden generalizar a muestras de personas que han realizado una tentativa suicida si se utiliza la puntuación de la ERATS-18 (3,33 a 12,39), pero no en el caso de la ERATS-12, donde la no significación de su valor de Wald en ninguno de los meses de seguimiento es indicativo de un peor pronóstico. A continuación, se indica la $EXP(\beta)$, donde si este valor es menor que 1 se interpreta como que si aumenta el valor de la VI disminuye el valor de la VD. Y si este valor es mayor que 1 entonces si aumenta la VI entonces también aumentará el resultado de la VD (De Maris, 2002; Kleinbaum et al., 1988). En este caso, en la Tabla 24 tanto el valor menor a 1 de la $EXP(\beta)$ de la ERATS-12 como de la ERATS-18 indican que estas personas que ya han realizado un intento de suicidio si se produjera una baja puntuación en alguna de las escalas, se incrementaría la probabilidad de ocurrencia de un reintento de suicidio en futuro, por lo menos durante los 6 primeros meses desde la realización del primer intento.

Tabla 25.

Valores de la ecuación de regresión para las VIs (ERATS-12 y ERATS-18) durante los 6 meses de seguimiento (N= 131)

Mes	B		SE		Wald		g.l.		p	Exp(β)		I.C. (95%) para Exp(β)	
	12	18	12	18	12	18	12	18		12	18	L.I. ₁₂ /L.I. ₁₈	L.S. ₁₂ /L.S. ₁₈

<i>Primer</i>	-0,05	-0,11	0,12	0,09	0,17	1,40	1	1	0,68	0,04	0,95	0,90	0,75/0,75	1,21/1,08
<i>Segundo</i>	0,11	-0,20	0,10	0,08	1,27	5,73	1	1	0,26	0,02	1,12	0,82	0,92/0,70	1,35/0,97
<i>Tercer</i>	-0,06	-0,08	0,07	0,05	0,70	3,32	1	1	0,40	0,07	0,94	0,92	0,82/0,84	1,08/1,01
<i>Cuarto</i>	-0,08	-0,27	0,08	0,14	0,94	3,59	1	1	0,33	0,06	0,92	0,76	0,79/0,57	1,09/1,01
<i>Quinto</i>	0,04	-0,15	0,07	0,05	0,27	9,46	1	1	0,60	0,00	1,04	0,86	0,91/0,78	1,18/0,95
<i>Sexto</i>	0,03	-0,11	0,06	0,03	0,25	11,41	1	1	0,62	0,00	1,03	0,90	0,92/0,84	1,15/0,96

12 = ERATS-12; 18= ERATS-18; β = coeficiente beta; SE = error Estándar; Wald = estadístico de potencia de contraste; $\text{Exp}(\beta)$ = Resultado de la ecuación de regresión

En lo referido a la eficacia diagnóstica de los instrumentos creados (ERATS-12 y ERATS-18) y de los demás utilizados en este estudio, dado que un tercio de los sujetos de la muestra clínica ha reintentado suicidarse durante el período de seguimiento de seis meses (44 de los 131), se decidió utilizar este punto de corte para los instrumentos ERATS-12 (confeccionado con la muestra de población general), ERATS-18 (confeccionado con la muestra clínica) y los demás. Así, el centil 33 coincide con la puntuación directa 32 de la ERATS-12 y con la puntuación 18 de la ERATS-18. Para la escala CD-RISC, la puntuación correspondiente al centil 33 es 42 puntos; 49 para la SRI-25 y 45 para la RS-14. De esta forma, toda puntuación superior a ese punto de corte se consideraría alta resiliencia y por el contrario, la puntuación inferior a ese punto de corte, se consideraría baja resiliencia. Si se dicotomizan estas escalas, se pueden utilizar como predictores del hecho de haber cometido o no un nuevo intento de suicidio (reintento) durante el seguimiento en esta muestra clínica. Para analizar la eficacia predictiva de cada uno de estos instrumentos dicotomizados en la clasificación de los sujetos que reintentarían suicidarse o no durante los 6 meses de seguimiento, se calcularon las áreas situadas bajo las curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*) de cada instrumento, así como otros índices de eficacia diagnóstica como la sensibilidad y la especificidad (Carvajal et al., 2011; Jovell, 1995). Este método ha sido aplicado para valorar la precisión de las puntuaciones de instrumentos donde sus propiedades psicométricas están bien establecidas en la literatura y que miden

otras variables psicológicas como depresión (BDI-II de Beck, Steer, Ball y Ranieri, 1996) en muestras clínicas y no clínicas (ver Osman, Barrios, Gutierrez, Williams y Bailey, 2008; Swets, Dawes y Monahan, J. 2000). Se probaron otros puntos de corte además del que coincidía con el centil 33 por si se podían mejorar los resultados con otros umbrales. Tan sólo en el ERATS-18, los mejores índices coincidían con el centil 33 (puntuación directa: 18). En los demás instrumentos, hubo que cambiar el punto de corte buscando una mejoría en los índices que valoran la calidad de la predicción de los instrumentos. Así, los puntos de corte para los demás instrumentos (y su centil) son: ERATS-12 = 35 (centil 42), CD-RISC = 43 (centil 34), SRI = 52 (centil 40); ER = 43 (centil 29). Las áreas bajo la curva ROC de cada instrumento (Figura 3) así como la Odds Ratio (OR), la sensibilidad y especificidad de todas estas medidas aparecen en la Tabla 26.

Tabla 26.

Eficacia en la predicción de cada instrumento

Índice	ERATS-12	ERATS-18	CD-RISC	SRI-25	RS-14
Sensibilidad	0,64	0,86	0,48	0,46	0,43
Especificidad	0,68	0,95	0,74	0,63	0,75
Odds Ratio	3,69	131,42	2,5	1,4	2,2
Área bajo curva ROC	0,66	0,91	0,61	0,54	0,59
Significación	0,003	<0,001	<0,05	ns	ns
Interv. confianza (95%)	0,56-0,76	0,84-0,97	0,51-0,71	0,44-0,65	0,49-0,7

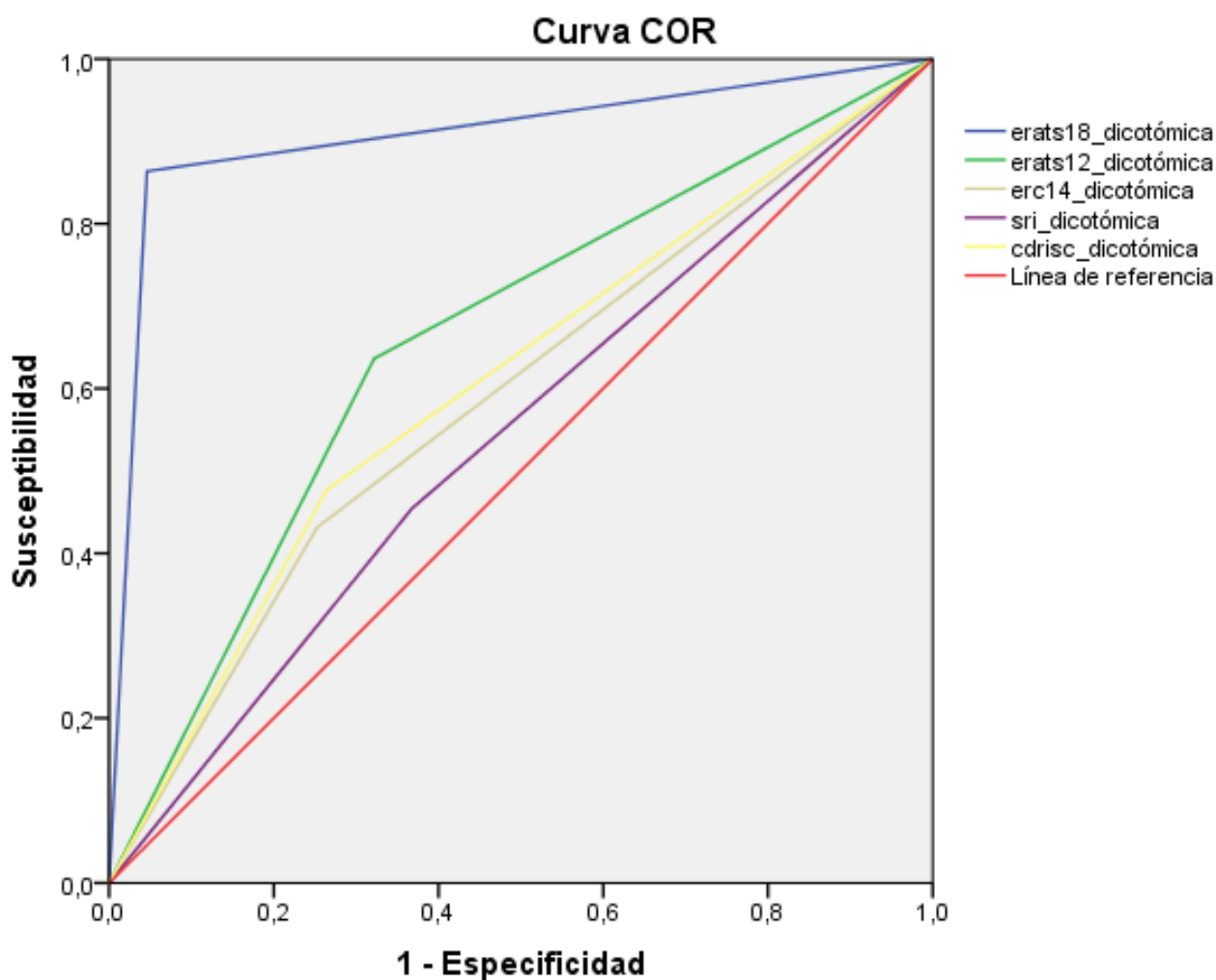


Figura 3. Área bajo la curva ROC de las medidas de resiliencia dicotomizadas

2.4.4.2. *Resultado descriptivo cruzado sobre tentativas suicidas futuras durante 6 meses de seguimiento a través de la ERATS-18 y número de intentos anteriores*

Dado que la literatura científica sobre tentativas suicidas informa de la existencia de una relación directa entre el número de intentos de suicidio anteriores y el riesgo de cometer un intento de suicidio futuro (Beghi y Rosenbaum, 2010; Fleischmann et al., 2008; Lopez-Castroman et al., 2015a; Mirkovic et al., 2015; Wenzel et al., 2011; Zonda, 2006), y puesto que el ERATS-18 se ha perfilado como un buen

predictor de esa misma circunstancia, se decidió hacer un análisis descriptivo cruzando esas dos variables. Los resultados pueden observarse en la Tabla 27

Tabla 27.

Porcentaje de sujetos que reintentan suicidarse durante el seguimiento en función del número de intentos previos y de la puntuación en el ERATS-18.

Nº	Reln	N (%)	ERATS-18 M(DT)	ERATS-18 Rango	Estadístico Contraste	PC(ABC)
0	No	67 (85%)	30,73 (8,2)	11-43	U = 7,5 **	17(0,94)
	Sí	12 (15%)	6,75 (5,88)	0-19		
1	No	11 (55%)	30 (8)	19-42	t = 5,57**	18(0,89)
	Sí	9 (45%)	10,3 (7,6)	3-25		
2	No	8 (42%)	29,63(6,2)	22-41	t = 10,7**	22(1)
	Sí	11 (58%)	5 (2,4)	2-9		
3 o más	No	1 (7,7%)	39 (0)	39	En uno de los grupos, N=1	39(1)
	Sí	12 (92,3%)	10,42 (6,6)	3-21		

Nº = Número de intentos anteriores; Reln = Reintentos durante los 6 meses de seguimiento; M = Media; DT = Desviación Típica; t = T student; U = U de Mann-Whitney; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; PC(ABC) = Punto de corte en ERATS-18 (Área bajo la Curva ROC)

CAPÍTULO 7:

DISCUSIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Esta Tesis tiene como objetivo general la construcción y validación de un instrumento para evaluar la resiliencia ante tentativas suicidas en personas que han realizado previamente una tentativa de suicidio. Así mismo, se esperaba comprobar si dicho instrumento predice una nueva tentativa suicida en la citada población. Se pretende que con este instrumento no se indique en ninguno de sus ítems pensamientos, emociones o conductas relacionadas con el suicidio, sino centrar el interés en la valoración de los factores de protección que modulan la resiliencia ante esta conducta de riesgo.

Tal y como han referido diversos autores para la construcción de instrumentos de evaluación en Psicología, se han planteado algunas estrategias clave, como la fundamentación en la literatura existente sobre el tema y la consulta a expertos en la materia que se desea medir (Hernández et al., 2006; Muñiz, 2003). Sin embargo, teniendo en cuenta lo que se ha planteado en capítulos anteriores y lo que refieren otros estudios (Uriarte, 2005), las recomendaciones básicas para la construcción y selección de instrumentos de evaluación de la resiliencia ante los riesgos de tentativa suicida indican que estos deben: a) Medir procesos, es decir, que se utilicen diversas medidas (cuantitativas y cualitativas) para evitar exclusivamente la detección de riesgos en favor del interés por conocer el funcionamiento adecuado de las personas ante esos riesgos. b) Su dinamismo, implementa mediciones longitudinales, y no solo transversales en la población destinataria del cuestionario. c) Las variables del ambiente (cultura) sugieren que las medidas deben ser contextualizadas y locales y, por tanto, es difícil llegar a conclusiones generales aplicables a diferentes contextos a través de un sólo instrumento, lo que implicaría que la resiliencia no es general, sino específica en función de los riesgos que provocan diversas situaciones adversas a las que se expone el individuo. d) Además, otros autores han planteado que, para realizar una construcción fiable y válida de un instrumento de evaluación de la resiliencia, es clave

introducir modelos multivariados, que aglutinen el uso de varios instrumentos (validez de criterio a través de validez externa), para comprobar si las escalas aportan los mismos resultados acerca de los recursos resilientes de las personas o se dan otros diferentes (Smith et al., 2010).

La presente Tesis cumple con todos estos requisitos. A continuación, se discutirán los resultados obtenidos en el proceso llevado a cabo para cumplir los objetivos planteados.

2. OBJETIVO ESPECÍFICO 1: CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA RESILIENCIA ANTE TENTATIVAS SUICIDAS

Como primer objetivo específico, se planteaba la construcción de un instrumento para valorar la resiliencia ante las tentativas suicidas.

Los estudios psicométricos sobre la resiliencia general han sido complejos, aún más los que se centran en instrumentos para evaluar la resiliencia ante la tentativa suicida, principalmente porque la resiliencia y el suicidio están modulados por factores socio-culturales como el país de origen o la cultura (Bertolote et al., 2005; Chiao y Blizinsky, 2013; Fleming y Ledogar, 2008; Husain et al., 2011; Nishi et al. 2013; Vijayakumar et al., 2005; Walker, 2007). En España, no se conoce ningún cuestionario que mida específicamente resiliencia ante tentativas suicidas en el que se hayan valorado sus propiedades psicométricas, ni en población general, ni en población que haya realizado tentativas de suicidio, pero además, la revisión de la literatura internacional informa de la existencia de un solo instrumento de origen anglosajón, cuyo objetivo es la medición de resiliencia ante tentativas suicidas (Osman et al., 2004), que sin embargo, presenta algunas limitaciones metodológicas de interés (ver revisiones como la de Johnson et al., 2010 y Capítulo 3 de esta Tesis).

Hasta la fecha, tal y como ha demostrado la literatura científica, las tentativas de suicidio previas se considera la conducta de riesgo más predictiva para el suicidio consumado (Alberdi-Sudupe et al., 2011; Cooper et al, 2005; Christiansen y Jensen, 2007; Posner et al., 2011). De hecho, algunos estudios ya han mostrado que el 92,3% de las tentativas suicidas se convierten en suicidios consumados durante el segundo o tercer intento, independientemente de los factores sociodemográficos o clínicos (Lopez-Castroman et al., 2011; Parra-Uribe et al., 2013). Sin embargo, todavía no existen directrices universalmente aceptadas para la prevención de los intentos de suicidio y, menos aún, para nuevos intentos después del alta (Baca-García et al., 2004; Baca-García et al., 2006; Mann et al., 2005; WHO, 2014). Otras investigaciones han concluido que las personas que realizan un segundo intento de suicidio muestran un perfil concreto respecto a algunas variables sociodemográficas (edad y sexo) e incluso se ha llegado a indicar que podría ser considerado como un grupo clínico diferenciado (Giner et al., 2014; Méndez-Bustos et al., 2013). Todos estos aspectos justifican la importancia de crear instrumentos de evaluación de la tentativa suicida que sean suficientemente predictivos de intentos posteriores, como fórmula para la prevención del suicidio consumado.

2.1. Importancia clínica en la construcción de escalas viables para la medición de la resiliencia ante conductas suicidas

Los resultados obtenidos a partir del primer objetivo de esta tesis han mostrado que se puede construir un instrumento breve, viable y con suficientes garantías de aplicabilidad clínica que pueda valorar las tentativas suicidas centrándose exclusivamente en variables protectoras de esta conducta. Este objetivo es especialmente importante por diversas razones. Por un lado, por la escasa investigación sobre tentativas suicidas en comparación con la aportada en el caso del suicidio consumado (Ayuso-Mateos et al., 2012; Bobes-García et al., 2011). Por otro lado, existe una importante influencia cultural y geográfica sobre las variables

socio-demográficas y clínicas que modulan las tentativas de suicidio (Chiao y Blizinsky, 2013; Miret et al., 2010; WHO, 2013), que incluso plantea diferencias en estas variables en zonas geográficas de un mismo país tal y como han mostrado otros estudios (González-Navarro et al., 2012; Mejías et al., 2011; Sánchez-Teruel et al., 2015; Pritchard y Hean, 2008). Por último, existen muy pocos instrumentos adaptados culturalmente que se centren en los factores protectores para promover resiliencia específica ante esta conducta de riesgo. De hecho, la mayoría de las escalas sobre suicidio o alguna de sus fases validadas en España son meras traducciones de escalas de origen anglosajón (ver p.e.: Blasco-Fontecilla et al., 2012), están basadas en largas entrevistas psiquiátricas (ver p.e. García-Nieto et al., 2012; 2013), se centran en factores de riesgo que siguen sin dar respuesta a los aspectos predictivos de una tentativa de suicidio, presentan problemas metodológicos referidos al tipo de muestra utilizada para su validación (Lopez-Castroman et al., 2015a; 2015b) o tienen poca aplicabilidad práctica en el ámbito clínico (Bech y Awata, 2009; Rico-Villademoros et al., 2011; WHO, 2014). Los resultados de esta Tesis referidos al procedimiento llevado a cabo para la construcción de la escala de resiliencia ante tentativas suicidas-ERATS han mostrado que todos los objetivos planteados pueden ser logrados, siguiendo los pasos recomendados por algunos autores (Escobar y Cuervo, 2008; Naglieri et al., 2013).

La revisión de la literatura existente sobre tentativas suicidas y resiliencia como constructos independientes, así como la literatura sobre resiliencia ante tentativas suicidas, dio como resultado la existencia de algunas variables protectoras que modulaban la resiliencia ante esta conducta de riesgo (Benda, 2003; CDCPRPF, 2010; Johnson et al., 2011; Roy et al., 2007a; Stratta y Rossi, 2013; SPRC, 2010). El proceso de selección de variables protectoras que modulaban el mayor o menor riesgo de tentativa suicida, originó la creación de 14 variables y 5 ítems por variable protectora. Entre ellas, se plantearon de forma inicial las siguientes: auto-concepto, auto-regulación y flexibilidad cognitiva, estilo atribucional, empatía, sentido del humor,

optimismo disposicional, afrontamiento centrado en el problema, autocontrol emocional, control de impulsos, esperanza, capacidad de expresión de emociones y problemas, solicitud de ayuda, habilidades sociales y apoyo social de tipo emocional. La escala inicial estuvo constituida por 70 ítems, con una escala de tipo likert con 5 puntos de respuesta siempre en orden ascendente: 0=Nunca, 1=Algunas veces, 2=La mitad de las veces, 3=Casi siempre, 4=Siempre.

2.2. Proceso de consulta a expertos y aplicación en estudios piloto previos

Tal y como aconsejan distintos autores, como complemento a la fundamentación teórica llevada a cabo para desarrollar un nuevo instrumento se debería emplear la estrategia de consulta a expertos y aplicación a muestras piloto (Hernández et al., 2006; Muñiz, 2003). Además, estas estrategias también pueden ayudar a asegurar la validez de contenido del nuevo instrumento tal y como han referido investigaciones previas (Escobar y Cuervo, 2008). De hecho, el juicio de expertos es particularmente importante en el caso de la Psicología, y en concreto aún más en tentativas suicidas, donde dicho juicio se ha convertido en la estrategia principal para la estimación de la validez de contenido de pruebas de evaluación de esta conducta de riesgo (García-Nieto et al., 2012; Utkin, 2006). Así, para el refinamiento de la escala de 70 ítems y convertirla en más aplicable, se llevó a cabo la consulta a expertos y varias aplicaciones piloto (pruebas pre-piloto) con una pequeña muestras de la población general (N = 23) y otra muestra con personas que habían realizado alguna tentativa de suicidio (N = 9). Los resultados obtenidos a través de todo el proceso de consulta a expertos, redujo la escala inicial de 70 ítems a 34 ítems, porque muchos eran inversos o repetitivos, y se mantuvieron de los repetitivos aquellos que los expertos habían considerado más representativos. Además, la información de los estudios (pre-piloto) planteó mejoras sustanciales en la comprensión de los ítems. Posteriormente, se decidió aglutinar la escala ERATS-34 y cada uno de los ítems de las variables protectoras en constructos psicológicos, en línea

con el único instrumento similar de la literatura científica sobre resiliencia ante tentativas de suicidio (SRI-Osman et al., 2004). Se plantearon 3 subdimensiones teóricas iniciales denominadas: Protección Interna, Estabilidad Emocional y Protección Externa. La protección interna estaba constituida por 7 variables, cinco de ellas con dos ítems por variable: autoconcepto, autorregulación y flexibilidad cognitiva, empatía, optimismo y afrontamiento centrado en el problema y dos con tres ítems por variable: estilo atribucional positivo y sentido del humor. La subdimensión estabilidad emocional estaba formada por cuatro variables, tres de ellas con dos ítems por variable: autocontrol emocional, control de impulsos y esperanza y una con 3 ítems: capacidad de expresión de emociones y problemas. Finalmente, la subdimensión teórica inicial denominada protección externa se componía de 3 variables, una de ellas con 2 ítems solicitud de ayuda y las otras dos con 3 ítems cada una de ellas: habilidades sociales y apoyo social de tipo emocional.

La siguiente fase tenía por objetivo realizar un estudio piloto para conocer el nivel de viabilidad, comprensión y tiempo de cumplimentación que alcanzaba la escala ERATS-34 y, si los ítems que la constituían, tenían una estructura semántica fácilmente comprensible para la mayor parte de la población destinataria. Los análisis descriptivos iniciales de la escala y por ítems, resultados del tiempo de cumplimentación y viabilidad y comprensión sobre la aplicación de la ERATS-34 se realizaron en dos muestras piloto: una de 50 personas de la población general (sin tentativas previas de suicidio) y otra de 27 personas que sí habían realizado intentos previos. Esto derivó en la construcción de dos instrumentos con distinto número de ítems. La muestra de población general realizó esta prueba en una media de 16,6 minutos, sin entender correctamente 5 ítems. Y la muestra piloto de personas que había realizado una tentativa de suicidio realizó esta prueba en una media de 21 minutos, sin entender correctamente 18 ítems del total de la prueba. Derivado de todo este proceso se obtuvieron dos escalas de resiliencia ante tentativas suicidas-ERATS, una con 29 ítems para muestras de población general y otra de 18 ítems para muestras de personas que

habían realizado tentativas de suicidio previas, ambas escalas (ERATS-29 y ERATS-18) con 3 subdimensiones iniciales teóricas. Todo este proceso se sustenta en los planteamientos de Guillemín (1995), de Brown (1999) y de Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010), que afirmaban que la aplicación de escalas originales en muestras piloto sirve no sólo para evaluar la comprensión de los ítems, sino también para verificar aspectos prácticos de su aplicación (tiempo de cumplimentación) y viabilidad, permitiendo así eliminar fluctuaciones aleatorias para obtener ítems que reflejen los aspectos evaluados por la prueba y además ayuden a realizar un posterior análisis factorial con ítem que produzcan menos ruido.

El primer objetivo de la Tesis, que consistía en construir una escala de resiliencia ante tentativas suicidas fue cubierto con este procedimiento. Pero además, se derivó de todo este proceso de construcción dos escalas resultantes según la muestra utilizada (ERATS-29 y ERATS-18) que estaban constituidas por factores protectores que la literatura ya había planteado como moduladores de la resiliencia ante conductas de riesgo como la tentativa suicida, sin que en ninguno de sus ítems se nombraran estas conductas de riesgo (ideas, lesiones, planes o tentativas suicidas). Además, habían sido construidas con población española (para poder adaptarse a este país) y el proceso llevado a cabo en su construcción demostraba la viabilidad, rapidez y aplicabilidad de la escala para su administración en población general y clínica tal y como sugiere la literatura sobre este tema (CDCRPF, 2010; Johnson et al., 2011; Stratta y Rossi, 2013; SPRC, 2010), utilizando para ello los resultados obtenidos de revisión de la literatura sobre el tema, consulta a expertos y diversas aplicaciones a muestras (pre-piloto y piloto) tanto en una población general como en una población que había realizado tentativas de suicidio previas. La utilización de dos muestra (población general y con tentativas suicidas) viene determinado por la importancia de construir y crear instrumentos destinados a medir constructos psicológicos concretos en subpoblaciones clínicas desde un principio. De ahí, que desde el inicio de la

construcción del instrumento ERATS se hayan utilizado ambas muestras, obteniéndose dos instrumentos diferentes.

3. OBJETIVO ESPECÍFICO 2: FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ERATS-29 EN UNA MUESTRA GENERAL Y DE LA ERATS-18 EN UNA MUESTRA DE PERSONAS QUE HAN REALIZADO UNA TENTATIVA DE SUICIDIO Y COMPARACIÓN DE RESULTADOS SEGÚN MUESTRA UTILIZADA

En la construcción de instrumentos en Psicología es fundamental asegurarse de que estos tengan garantías suficientes de validez y fiabilidad (O'Rourke, 2004). De ahí, que el segundo objetivo específico de esta Tesis Doctoral tratase de obtener una alta fiabilidad y validez de la ERATS-29 en una muestra de población general (N=420) y de la ERATS-18 en otra muestra de personas que habían realizado una tentativa suicida (N=131), mostrando además si este instrumento funcionaba de forma diferente cuando eran valoradas sus propiedades psicométricas en una población general o en otra.

Además, se aplicaron en la muestra de personas de la población general varios instrumentos de evaluación de la resiliencia (CD-RISC de Connor y Davidson, 2003 y RS-14 de Wagling, 2009b) y un instrumento de resiliencia ante suicidio (SRI-Osman et al., 2004). En la muestra de personas que habían realizado tentativa suicida se aplicaron los mismos instrumentos que en la población general. También se intentó comprobar que instrumentos predecían mejor futuros reintentos de suicidio en la muestra de población clínica a lo largo de 6 meses de seguimiento, sabiendo el número de intentos anteriores junto con las puntuaciones directas de las escalas de medida de resiliencia (CD-RISC y RS-14) y de medida de resiliencia ante tentativas suicidas (SRI-25 y ERATS) (N=131).

Los resultados sobre normalidad en todos los instrumentos aplicados muestran normalidad univariada en la muestra de personas de la población general (N = 420) y no normalidad univariada en la muestra de personas que han realizado una tentativa de suicidio (N = 131). La aplicación de la ERATS-29 en la muestra de personas de la población general mostró una media y desviación típica más alta en esta población (67,89 y 6,15, respectivamente), en comparación con la ERATS-18 en esta muestra de personas que había realizado una tentativa suicida previa (28,15 y 16,21). Estos resultados están en la línea de lo esperado, puesto que el nivel de resiliencia ante tentativas suicidas en población general es mayor que en población que ya ha realizado una tentativa de suicidio previa (Fang et al., 2014, Osman et al., 2004; Rutter et al., 2008). Estos resultados además apoyan la idea de que las personas que han realizado una tentativa de suicidio presentan niveles menores de resiliencia, no ejerciendo las variables que la constituyen protección ante los sucesos adversos o estresantes a los que se han sometido estas personas y pudiendo propiciar la aparición de conductas de riesgo como realizar un intento de suicidio.

3.1. Validez estructural de la escala ERATS-29 en una muestra de población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa suicida

Para la valoración de la validez de constructo o estructural de la ERATS-29 en personas de la población general (N=420) y de la ERATS-18 en personas que habían realizado una tentativa de suicidio (N=131), se llevaron a cabo diversos análisis factoriales (exploratorios y confirmatorios). Se tuvo en cuenta el número de participantes por cada muestra, la normalidad univariante y multivariante de cada una de ellas y el número de alternativas de respuesta de la escala para la selección de los procedimientos factoriales a aplicar, así como para elegir el nivel de robustez del método aplicado y sus índices de bondad de ajuste, todo ello de acuerdo con el procedimiento planteado a partir de investigaciones previas (Brown, 2006; Ferrando y Lorenzo-Seva, 2014; Jöreskog y Sörbom, 1993; Lorenzo-Seva, 2013; Lloret-Segura et

al., 2014; Mardia, 1970; Rodríguez-Ayán y Ruiz-Díaz, 2008; Schumacker y Lomax, 2004).

Los análisis exploratorio y confirmatorio de la ERATS-29 en la muestra de personas de la población general (N=420) dieron como resultado un instrumento compuesto por 12 ítems-ERATS-12 y dos dimensiones o factores (en vez de las tres teóricas hipotetizadas inicialmente), que explicaban el 49,27% (Factor I) y el 77,45% (Factor II) de la varianza. La primera dimensión fue denominada *Protección Interna*, con 6 ítems (2 ítems por variable), debido a que aglutina a todos aquellos factores de protección provenientes del propio individuo (autoconcepto, sentido del humor y optimismo). La segunda dimensión fue denominada *Estabilidad Emocional*, con 6 ítems (2 ítems por variable), debido a que aglutina a todos aquellos factores referidos a variables relacionadas con la estabilidad psicológica (autocontrol emocional, control de impulsos y esperanza). Esta estructura bidimensional fue confirmada por el análisis posterior. Sin embargo, se obtuvieron diferencias en la estructura de la escala, según tipo de muestra. Así, el análisis factorial confirmatorio de la ERATS-18 en la muestra de personas que habían realizado una tentativa de suicidio (N=131) confirmó la estructura tridimensional de la escala, con altos índices de bondad de ajuste (RMSEA-IC 95%, RMR, GFI, AGFI) y con todos los valores de los pesos estandarizados (coeficientes beta β) por encima de 0,40, donde el ítem con menor peso es el ítem 3 (0,45) (protección externa) y el de mayor peso es el ítem 9 (0,98) (estabilidad emocional). La primera dimensión de la ERATS-18 en esta muestra fue denominada *Protección Interna*, con 6 ítem (2 ítems por variable), debido a que aglutina a todos aquellos factores de protección provenientes del propio individuo (autoconcepto, sentido del humor, optimismo), la segunda dimensión fue denominada *Estabilidad Emocional*, con 6 ítems (2 por variable), porque abarca todos aquellos factores referidos a variables relacionadas con la estabilidad psicológica (autocontrol emocional, control de impulsos y esperanza), y la tercera dimensión fue denominada *Protección Externa*, con 6 ítems (2 por variable), ya que comprende todos aquellos elementos relacionados con el

contexto de la persona (habilidades sociales, solicitud de ayuda y apoyo social de tipo emocional). La media (y desviación típica) de la escala ERATS-18 en las personas que han realizado una tentativa suicida fue de 21,02 (11,98).

Los resultados del análisis factorial en ambas muestras derivaron en dos escalas distintas (ERATS-12 y ERATS-18) con estructuras diferentes, una bidimensional y otra tridimensional. Tal y como refieren algunos autores los factores de protección externos son claves fundamentales para la protección ante conductas de riesgo como la tentativa suicida, y su interacción con otras variables es lo que confiere resiliencia a la persona en situación de vulnerabilidad suicida (Amitai y Apter, 2012; Drum y Denmark, 2012). De hecho, dentro del estudio de la resiliencia ante tentativa suicidas las habilidades sociales presentan un especial interés por lo que supone respecto a los procesos de prevención de conductas de riesgo graves como la tentativa por dos razones. Por un lado, en lo referido a la puesta en marcha de habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata en fases iniciales del suicidio tal y como han informado estudios anteriores (Pisani et al., 2012; Sánchez-Teruel, 2011; Uchino, 2006) y por otro lado, por la tremenda influencia sobre la creación y utilización de amplias redes de apoyo social de tipo emocional (Thomas et al., 2010).

Los resultados obtenidos en este trabajo son congruentes con estudios anteriores realizados con otras muestras clínicas, en los que se plantea que las habilidades sociales favorecen las relaciones con otras personas y ello proporciona un mayor apoyo social que funciona como inhibidor del estrés, pudiendo contrarrestar comportamientos de riesgo como la tentativa suicida (SPRC, 2010). Además, estos datos son consistentes igualmente con estudios de revisión que muestran que el aislamiento social y vivir solo ya supone una falta de apoyo social, siendo éste un factor de alto riesgo para la tentativa de suicidio (Sánchez-Teruel, 2012). De hecho, gran parte de las variables incluidas en las subdimensiones de protección interna y estabilidad emocional modulan la resiliencia a través de la potenciación de variables

externas como el tipo de apoyo social recibido o la respuesta de personas claves ante la solicitud de ayuda en momentos de crisis resultados ya informados por otros estudios (Kent et al., 2014; McLean et al., 2008; Meadows et al., 2005; Nakagawa et al., 2009; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014b). El apoyo social emocional percibido parece ser un potente protector contra la tentativa suicida en diferentes poblaciones y colectivos, por varias razones: una, porque pone en marcha mecanismos de solicitud de ayuda en fases menos letales del suicidio (ideación) que promueven resultados resilientes y no resultados negativos (tentativas suicidas), y otra razón, porque la existencia de una red de apoyo sobre una persona ejerce de alarma que detecta precozmente síntomas y signos de trastorno emocional. De ahí, que los resultados sobre la estructura tridimensional de la ERATS-18, incluyendo factores de protección externa al contrario que la ERATS-12 que no los incluye, lo que hace pensar que este instrumento sea mucho más adecuado para valorar la resiliencia y protección ante tentativas suicidas que el ERATS-12. Este resultado ya fue hipotetizado en esta Tesis sobre que la estructura factorial del ERATS sería distinta según la muestra donde se valorasen sus propiedades psicométricas. Así, el ERATS-12 tiene una estructura bidimensional en población general y el ERATS-18 tiene una estructura tridimensional en población de personas que han realizado una tentativa de suicidio. Estos resultados confirman estudios previos que plantean la necesidad de validar instrumentos de evaluación del suicidio adaptados en población clínica para que sus niveles de valoración del riesgo sean adecuados (Baca-García et al., 2006; Mann et al., 2005; WHO, 2014), pero además otros autores informan de que este aspecto debe ser especialmente cuidado en instrumentos de evaluación de la tentativa de suicidio, al considerarse esta conducta dentro de la investigación sobre el suicidio un fenómeno clínico diferenciado (Giner et al., 2014; Méndez-Bustos et al., 2013).

Los resultados obtenidos en esta Tesis hacen reflexionar sobre la validez de constructo de instrumentos, como el ERATS-12 y otros anteriores de evaluación de la resiliencia ante el suicidio, puesto que han sido creados y validados en población

general (SRI-25; Osman et al., 2004). Estudios posteriores con SRI-25 en estudiantes universitarios de etnia diversa (Rutter et al., 2008), adolescentes hospitalizados con trastornos psiquiátricos (Gutierrez, Freedenthal, Wong, Osman y Norizuki 2012) y estudiantes universitarios norteamericanos y chinos (Fang et al., 2014) intentaron validar este instrumento pero no utilizando como criterio la propia tentativa suicida como en esta Tesis Doctoral, sino usando la ideación suicida como criterio de resultado (SBQ-R de Osman et al., 2001). Dentro de la literatura especializada sobre el suicidio se ha mostrado claramente que las diferentes fases de letalidad suicida (ideación, lesiones, planificación y tentativa) implementan estrategias de evaluación diferenciadas, apostando por instrumentos concretos con suficientes garantías psicométricas para cada una de estas fases y validados en población de riesgo (Lopez-Castroman et al., 2011; WHO, 2014). Pero además, muchos autores sugieren que la ideación suicida en sí misma no supone un factor de riesgo para la planificación o para la tentativa suicida (Boeninger et al., 2010; Bowers et al., 2010). Otros estudios ya empiezan a alertar sobre esta práctica en investigación sobre resiliencia ante el suicidio, insistiendo en la necesidad de validar instrumentos de evaluación de la resiliencia ante esta conducta con población clínica y según graduación del resultado sobre este riesgo (ideación, lesiones autoinfligidas, planificación o tentativa) (Ayuso-Mateos et al., 2012; Akbari et al., 2015; Johnson et al., 2011; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014a). Este aspecto hace que se recomiende en la creación y validación de instrumentos para valor la resiliencia ante el suicidio, la inclusión de la fase concreta, de este fenómeno, contra la que ofrece protección, existiendo así menos riesgos metodológicos en el estudio de la resiliencia ante el suicidio, y ofreciendo así herramientas realmente predictivas de un intento de suicidio, lo que supondría un avance significativo para el estudio y prevención del suicidio consumado. De ahí, que la estructura tridimensional de la ERATS-18 sea adecuada como medida de resiliencia ante tentativas de suicidio, puesto que su validez factorial ha ofrecido índices de bondad excelentes en una muestra clínica de personas que han realizado una tentativa de suicidio, y además define claramente sobre qué fase del suicidio ofrece resiliencia,

valorado su validez estructural en el colectivo destinatario (personas que han realizado una tentativa de suicidio).

3.2. Fiabilidad de la ERATS-12 en una muestra de población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa de suicidio

El análisis de la consistencia interna (alfa y dos mitades) de la ERATS-12 en la muestra de población general (N = 420) ha mostrado unos índices aceptables tanto de la escala completa ($\alpha = 0,75$) como de cada una de sus subdimensiones ($\alpha_{\text{interna}} = 0,61$; $\alpha_{\text{emocional}} = 0,70$). Pero, se han encontrado valores superiores en los análisis de la ERATS-18 y de cada una de sus subdimensiones aplicada a la muestra de personas que han tenido una tentativa suicida (N = 131). En concreto, la consistencia interna del total de la ERATS-18 en esta muestra ha sido de $\alpha = 0,88$, y en protección interna ha sido de 0,81, en estabilidad emocional ha sido de 0,79 y en protección externa ha sido de 0,71, obteniéndose en todas las dimensiones y en la puntuación total valores óptimos (mayores 0,70 tal y como refieren otros autores sobre este constructo Gutierrez et al., 2012) y superiores a los mostrados por la ERATS-12. Este resultado era el esperado puesto que la ERATS fue construida utilizando la literatura más abundante sobre factores protectores que modulaban la resiliencia como resultado ante una conducta de riesgo concreta (tentativa de suicidio), lo que hace suponer que su nivel de consistencia interna sea más adecuado en población que ha realizado una tentativa de suicidio que en población general. Un resultado de interés es el mostrado por la escasa consistencia obtenida por dos escalas que están bien establecidas en la literatura sobre resiliencia como la CD-RISC (Connor y Davidson, 2003 $\alpha = 0,62$;) y RS-14 (Wagling, 2009b; $\alpha = 0,65$), obtenidos en esta muestra de personas que han realizado una tentativa de suicidio. Este aspecto confirma la importancia de aplicar medidas concretas sobre resiliencia que hayan sido construidas para riesgos concretos, y este resultado no sorprende, puesto que ambas escalas miden otros riesgos diferentes a la tentativa suicida (CD-RISC el trastorno por estrés postraumático y el RS-

14 la adaptación individual a situaciones adversas estresantes). Sin embargo, este estudio aporta los únicos datos sobre consistencia interna de estas escalas (CD-RISC y RS-14) en personas que han realizado un intento de suicidio. Siguiendo con este argumento, los resultados obtenidos en este estudio sobre la ERATS-18 en esta población muestran valores inferiores a los ofrecidos por otro instrumento de evaluación de la resiliencia en el suicidio (SRI, Osman et al., 2004; $\alpha = 0,95$). Este hecho puede ser explicado por varios argumentos: Por un lado, en este estudio se utilizó una muestra de población con tentativas de suicidio, y en el estudio de Osman et al., (2004) se utilizó como medida de resultado la ideación suicida en una muestra de jóvenes y estudiantes universitarios. Estudios posteriores en estudiantes universitarios de etnias diversas (Rutter et al. 2008; $\alpha = 0,96$) han obtenido similares resultados al estudio original. Algunos estudios han alertado sobre las altas tasas de ideación suicida en estudiantes universitarios (Sánchez-Teruel et al., 2014c), lo que podría explicar la alta consistencia interna del SRI-25 en estas muestras de población general. Por otro, índices de consistencia excesivamente altos ($> 0,80$) pueden indicar que algunos de sus ítems midan similares variables protectoras, lo que puede producir un incremento artificial de este índice tal y como lo han planteado estudios anteriores (Anderson y Gerbing, 1988; Gerbing y Hamilton, 1996). Pero, además los resultados alfa de Cronbach del SRI-25 en esta muestra de personas que han realizado una tentativa de suicidio ($\alpha_{SRI-25} = 0,77$) confirma estos resultados y demuestra la tremenda diferencia entre la valoración de la resiliencia ante el resultado de un riesgo con distinta gravedad dentro del suicidio (ideación vs tentativa suicida). Posteriores validaciones de la escala en adolescentes con trastornos psiquiátricos (Gutiérrez et al., 2012) y en estudiantes universitarios americanos y chinos (Fang et al., 2014) no indican el nivel de consistencia interna obtenido. Los resultados de los estudios mostrados en esta Tesis están en consonancia con resultados de investigaciones anteriores (CDCPRPF, 2010; Johnson et al., 2010a; 2011; Lopez-Castroman et al., 2015b; Sáiz y Bobes, 2014; SPRC, 2010). De hecho, se hace patente que las escalas que miden resiliencia ante tentativas suicidas deben valorar su consistencia interna en la muestra de personas o colectivos

destinatarios de la escala y no en muestras de población general, para que sean verdaderamente predictivas de resiliencia o de riesgo (tentativa de suicidio) en población clínica vulnerable a esta conducta. Este aspecto es fundamental debido a su posible aplicabilidad clínica futura dentro de los servicios de Urgencia de los Hospitales, donde la posibilidad de tener un instrumento que valore realmente la resiliencia o el riesgo ante una tentativa de suicidio se hace claramente necesaria.

3.3. Validez de criterio de la ERATS-12 en población general y de la ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa suicida

Los resultados de este estudio en personas de la población general muestran una adecuada correlación positiva y significativa entre la escala ERATS-12 y las escalas de resiliencia CD-RISC y ER-14, tanto en las puntuaciones totales como en las puntuaciones de cada una de sus dos subdimensiones ($p < 0,01$). Sin embargo, el nivel de correlación mayor se produce con el Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) de Osman et al. (2004), donde la ERATS-12 correlaciona de forma significativa tanto en puntuaciones totales como en las puntuaciones de cada subdimensión protección interna y estabilidad emocional. De hecho, la ERATS-12 es una escala que ha sido validada en población general, lo que hace que su alto índice de validez de criterio con estos instrumentos de resiliencia sea la esperada.

Por otro lado, en población general los resultados sobre las correlaciones positivas mayores de la ERATS-12 con resiliencia (CD-RISC y RS-14) y resiliencia ante el suicidio (IRS-25) que la correlación entre la ERATS-18 y el resto de escalas en personas que han realizado una tentativa de suicidio, es un resultado esperado según la muestra de validación de cada instrumento (CD-RISC, RS-14, SRI-25 y ERATS-12) en población general y ERATS-18 en población clínica. Este aspecto va en la línea de lo planteado por estudios anteriores sobre resiliencia ante el suicidio (Gutierrez et al., 2011; Johnson et al., 2008). Concretamente, las correlaciones del total de la ERATS-18 y de sus

dimensiones con instrumentos de resiliencia general (CD-RISC, ER-14) y de resiliencia ante suicidio (SRI-25) en personas que han realizado una tentativa suicida, presenta una correlación positiva significativa ($p < 0,05$), siendo la correlación más alta con la puntuación total del SRI-25 ($r = 0,91$; $p < 0,01$). Respecto a las dimensiones del ERATS-18, se observa que la dimensión protección interna presenta altas correlaciones con la escala SRI-25 ($r = 0,84$; $p < 0,01$), al igual que la dimensión estabilidad emocional ($r = 0,83$; $p < 0,01$) y protección externa ($r = 0,77$; $p < 0,01$), siendo menores los niveles de correlación de las tres dimensiones de la ERATS-18 con las escalas de resiliencia general (CD-RISC y ER-14). Este hecho podría explicarse porque ambas escalas (CD-RISC y RS-14) miden resiliencia general y la ERATS-18 evalúa resiliencia específica ante un riesgo concreto (realizar una tentativa de suicidio). Esta misma explicación podría responder a las altas correlaciones que presenta la ERATS-18 con el SRI-25, puesto que dentro del continuum de la conducta suicida la ideación (SRI-25) y la tentativa suicida (ERATS-18) están relacionadas. Además, la ERATS-18 en comparación con la SRI-25 no indica en ninguno de sus ítems palabras o frases relacionadas con el suicidio, y SRI-25 sí. Esto indicaría que además la ERATS-18 mide tentativas suicidas de una forma indirecta, centrándose más en factores de protección que de riesgo, lo que realmente define a la resiliencia como resultado tal y como lo han planteado estudios recientes sobre resiliencia (Glonti et al., 2015; Rutter, 2013; Gooding et al., 2012). Este aspecto es de tremenda importancia porque indica que la ERATS-18 sería la única escala existente que valora resiliencia ante una conducta suicida de riesgo como la tentativa suicida, y además muestra que mide resiliencia y no otro tipo de constructos psicológicos. Además, la ERATS-18 tiene un número pequeño de ítem (18) y ha sido adaptada y validada en población española con intentos previos de suicidio, lo que podría facilitar su aplicación en diversos contextos, como podrían ser en investigación o en salud mental sobre tentativas suicidas en España. Particularmente de interés, sería su utilización en los servicios de urgencias, donde son necesarios instrumentos cortos y sencillos para poder realizar una evaluación del riesgo o la resiliencia ante un nuevo intento de suicidio futuro en personas que ya han realizado un intento anterior.

Esto va en la línea de estudios anteriores que demandan urgentemente instrumentos rápidos, eficaces y adaptados culturalmente a zonas concretas que puedan realizar pronósticos sobre tentativas suicidas futuras más eficaces (Ayuso-Mateos et al., 2012; Lopez-Castroman et al., 2015b; Sánchez-Teruel et al., 2014a, 2014b). Estos datos avalan una buena validez de criterio y subrayan la utilidad de esta escala breve de 18 ítems para discriminar entre grupos de personas que difieren en su nivel de resiliencia si han realizado un intento de suicidio.

Por último, los resultados obtenidos sobre la validez de criterio a través de la validez externa en una submuestra de la población general y personas que han realizado una tentativa suicida (N=137 vs N=131) sugieren la existencia de diferencias significativas ($p < 0,01$) en el total de la ERATS-18 y en sus subdimensiones. Así, las personas que han realizado una tentativa suicida presentan niveles más bajos de Protección Interna (autoconcepto, sentido del humor y optimismo), Estabilidad Emocional (autocontrol, control de impulsos y esperanza) y Protección Externa (solicitud de ayuda, habilidades sociales y apoyo social de tipo emocional) que la población general. Estos resultados confirman los obtenidos por otros estudios anteriores sobre resiliencia en población general (Gooding et al., 2011; Osman et al., 2004) o en colectivos concretos como personas privadas de libertad (Carli et al., 2010) o en personas con trastornos del espectro esquizofrénico (Johnson et al., 2010b) o en revisiones teóricas sobre resiliencia ante conductas suicidas (Johnson et al., 2011).

3.4. Predicción de tentativas suicidas futuras a través de la ERATS-12 y ERATS-18 en personas que han realizado una tentativa de suicidio

Con el fin de analizar y cuantificar el poder predictivo de ambas escalas (ERATS-12 y ERATS-18) sobre los reintentos de suicidio tras el alta del servicio de urgencias durante los 6 meses de seguimiento realizados sobre la población con tentativas suicidas informaron de resultados esperanzadores sobre la posibilidad de contemplar la

ERATS-18 como medida predictiva de reintento de suicidio. En concreto, la puntuación obtenida en la ERATS-18 pronostica mejor que la ERATS-12 la realización de un reintento de suicidio futuro a lo largo de 6 meses y en cada uno de ellos tras la realización de un intento previo, informando de que si se produce un decremento en el resultado obtenido en la ERATS-18 en estas personas que ya han realizado un intento previo en el pasado, se incrementa la probabilidad de ocurrencia de un reintento de suicidio futuro durante por lo menos los 6 primeros meses tras el alta del servicio de urgencias.

En esta línea, el ERARST-18 muestra una alta especificidad y sensibilidad por encima del resto de instrumentos (CD-RISC, RS-14, SRI-25 y ERATS-12) para la detección de reintentos futuros en personas que han realizado un intento previo de suicidio. Algunos autores han planteado que la sensibilidad de un instrumento de medida se refiere, en este caso, a la capacidad del instrumento para predecir los sujetos que van a reintentar suicidarse (proporción de los que van a realizar un reintento de suicidio correctamente identificados), y la especificidad se refiere a la capacidad del instrumento para predecir los sujetos que no van a tener reintentos (proporción de los que no lo intentan correctamente identificados). La Odds Ratio (OR) es la probabilidad de que los sujetos clasificados por un instrumento cumplan la predicción que se les hace sobre los sujetos que no la cumplirán y la curva ROC mide la calidad en esa clasificación (Galen y Gambino, 1975; Pita y Pértegas, 2003)

Los resultados obtenidos muestran que el grado de sensibilidad y especificidad del ERATS-18 son superiores a los de la ERATS-12, es decir, que la ERATS-18 ofrece una proporción del 86% de probabilidades de que una persona tenga un reintento de suicidio y un 95% de probabilidades de detectar a personas que no van a tener ningún reintento a lo largo de los 6 meses tras el primer intento de suicidio. Pero además los datos de la Odds Ratio ($OR_{ERATS-18}$) y el área bajo la curva ROC ($ABC_{ERATS-18}$) informan de que el ERATS-18 ($OR_{ERATS-18} = 131$; $ABC_{ERATS-18} = 0,91$; $IC95\%=0,84-0,97$; $<0,001$) tiene

una mayor capacidad y mejor calidad predictiva que la ERATS-12, aunque ambas escalas pueden predecir nuevos reintentos de suicidio a los 6 meses de seguimiento tras el alta del servicio de urgencia por un intento de suicidio. También se observa si se comparan los índices predictivos entre la ERATS-18 y el resto de instrumentos de evaluación general (CD-RISC, RS-14) que estos instrumentos sobrestiman el número de sujetos en sus predicciones, es decir, que aumenta su especificidad pero baja su sensibilidad. Un dato sorprendente es que el único instrumento que valora resiliencia ante las ideas de suicidio (IRS-25) es el que presenta los peores índices de especificidad y sensibilidad y área bajo la curva en comparación con la ERATS-18 y con la ERATS-12. Estos resultados podrían ser explicados por dos razones: Por un lado, y referido a la comparación predictiva entre la ERATS-12 y la RSI-25 indican que la adaptación psicométrica de instrumentos de evaluación de la resiliencia en población general implican la necesidad de valorar aspectos geográficos y contextuales (cultura) que determinen la variabilidad en acontecimientos adversos según territorios y países, tal y como han subrayado modelos clásicos bien establecidos en la literatura sobre resiliencia (Bronfenbrenner, 1987) y otros muchos estudios empíricos anteriores sobre resiliencia en diversos colectivos y territorios (Vanistendael, 2013; Wood y Bhatnagar, 2015; Woolfolk, 2010), algunos de ellos sobre procesos eficaces de entrenamiento en resiliencia (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015b). En lo referido a la comparación predictiva entre la ERATS-18 y el IRS-25 la medición de resiliencia ante resultados diferentes (ideación vs tentativa) en el suicidio podría estar en la base de estas discrepancias predictivas entre ambas escalas. Esta hipótesis es confirmada por estudios anteriores sobre la tipología clínica específica de la tentativa en comparación con otras fases del suicidio como la ideación (Johnson et al., 2010a; Orth et al., 2010; Mustanski y Liu, 2013), lesiones autoinfligidas (Christiansen y Larsen, 2012; Fortune et al., 2008) o la planificación (Ganz et al., 2010; McLean et al., 2008; Nock et al., 2010), que podría apoyar planteamientos recientes de algunos autores sobre la necesidad de buscar otras variables protectoras ante la tentativa suicida por tener características

clínicas concretas y diferenciadoras de otras fases del suicidio (López-Castroman et al., 2015a).

Otros resultados de esta Tesis que fueron medidos sobre predicción fueron los referidos a tener en cuenta no solo los valores obtenidos por esta muestra clínica durante los seis meses de seguimiento en el ERATS-18, sino también incluir otras variables predictivas en el modelo como el número de intentos de suicidio anteriores o previos al actual. Así, se intentó predecir qué cantidad de resiliencia (medida con ERATS-18) sería necesaria para predecir un nuevo intento si tenemos los datos del número de intentos anteriores. Se obtuvo un resultado sorprendente puesto que se comprueba que el hecho de haber cometido intentos previos hace que aumente la proporción de personas que realizan nuevas tentativas suicidas durante los 6 meses de seguimiento. Así, las personas sin intentos previos al actual vuelven a intentarlo en un 15%; si han tenido un intento previo al actual, ese porcentaje se incrementa al 45%; si son dos los intentos previos, el porcentaje asciende al 58% y cuando el número de intentos previos es de 3 o más, el porcentaje ya es del 92%. Pero además, se ha comprobado que precisamente, los sujetos que vuelven a intentar suicidarse durante el seguimiento son aquellos que obtienen menor puntuación en el ERATS-18 en todos los casos (con tres o más intentos no puede realizarse ningún análisis pues sólo hay un sujeto que no intenta suicidarse, aunque la puntuación que muestra es de 39, muy superior a la más alta de los que sí tienen una nueva tentativa -21 puntos-).

Estos datos obtenidos puede ser el origen de un nuevo modelo de predicción de la posibilidad de reintento de suicidio teniendo en cuenta tan sólo la puntuación en un instrumento breve (ERATS-18) y el número de tentativas previas o anteriores. En general, una puntuación inferior a 18 puntos en el ERATS-18 hace que se sospeche de que hay probabilidad cierta de reintentar suicidarse en los próximos seis meses. Si además la persona muestra un número creciente de intentos previos, la probabilidad aumenta considerablemente. Por ejemplo, si una persona obtiene una puntuación inferior a 18 en el ERATS-18, ya hay que sospechar que en los próximos seis meses es

más probable que lo intente de nuevo que de que no lo haga (hasta 131 veces más probable según la Odds Ratio obtenida). Pero si además se tienen en cuenta el número de intentos previos, las probabilidades de cometer ese acto son diferentes como se ilustra en la tabla 28:

Tabla 28.

Ejemplo del incremento de probabilidades de reintentar suicidarse en los próximos seis meses según el número de intentos previos cuando se obtiene una baja puntuación en el ERATS-18

0 intentos previos	1 intento previo	2 intentos previos	3 o más intentos previos
15%	45% (3 veces más)	58% (casi 4 veces más)	92% (más de seis veces más)

Estos datos deben tomarse con las debidas precauciones pues el número de sujetos es muy pequeño (N=131, pero además, a partir de 3 tentativas previas, el número de personas de la muestra clínica es de 13). Indistintamente, resulta interesante pensar que, cuando la puntuación en el ERATS-18 es alta, se puede compensar el riesgo de reintento de suicidio (más de 17 ó 18 puntos si no hay ningún intento previo o si hay sólo uno, respectivamente; más de 22 puntos si son dos los intentos previos y más de 39 si son tres o más). Y es atractiva esta idea porque la resiliencia entendida como un estado, es modificable, y por tanto, puede ser entrenada. Esto abre un nuevo campo de actuación ante los intentos de suicidio que puede lograr resultados muy positivos.

4. LIMITACIONES ENCONTRADAS

En la realización de esta tesis se han encontrado diversas limitaciones que deben ser comentadas.

En primer lugar, la población objeto de estudio se considera una limitación importante, porque tanto en las personas de la población general (N=470), como en

las personas que han realizado una tentativa suicida (N=131), la muestra estaba constituida mayoritariamente por mujeres (56% vs 58,7%), por lo que sería conveniente homogenizar esta variable en futuras investigaciones. Sin embargo, es conveniente especificar lo que la literatura sobre tentativas suicidas ha demostrado y es que la realización de tentativas suicidas en mujeres es muy superior a la de hombres, sucediendo lo contrario cuando se valora el suicidio consumado, que es mayoritariamente masculino (Eurostat, 2015; Vázquez-Lima et al., 2012; WHO, 2014).

En segundo lugar, otra limitación importante es la referida al escaso número de personas que han realizado una tentativa suicida como participantes de este estudio (N=131). Sería conveniente en estudios posteriores realizar la validación de la ERATS-18 en muestras más amplias de personas que han realizado una tentativa de suicidio, así se podría comprobar si los resultados obtenidos en esta Tesis se pueden generalizar a personas de otros territorios de este país o incluso a otros países con similares características socio-culturales e idiomáticas.

En tercer lugar, y en línea con la anterior otra de las limitaciones de los estudios llevados a cabo es la contextualización territorial de los datos obtenidos, lo que también dificulta la generalización de resultados. Sin embargo, estudios anteriores han planteado que existe una tremenda influencia de factores culturales, entre otros, sobre el análisis de las tentativas de suicidio (Boyd, Stern y Ward 2015; Mendez-Bustos et al., 2013), lo que hace necesario un análisis de esta conducta en subpoblaciones concretas para avanzar en los factores protectores que la modulan, y así plantear políticas públicas de prevención contextualizadas (a nivel local) para luchar contra esta fase previa del suicidio consumado.

En cuarto lugar, se contempla como una limitación el escaso periodo de seguimiento realizado sobre las personas que han realizado un intento de suicidio (6 meses). Aunque algunos autores consideran que un periodo de seguimiento de seis

meses corresponde con el período de mayor riesgo de repetición del intento de suicidio (Nordström, Samuelsson y Åsberg, 1995; Perry et al., 2012; López-Castroman et al., 2015b), sería recomendable plantear procesos de seguimiento más amplios para comprobar si realmente se produce una predicción de tentativas suicidas a través del instrumento creado más allá de los 6 meses valorados.

5. PERSPECTIVAS FUTURAS

Los estudios realizados en esta Tesis son los primeros donde se ha construido y validado un instrumento de evaluación de la resiliencia en personas que han realizado una tentativa de suicidio, adoptando un enfoque sistemático y teóricamente impulsado a la investigación de la resistencia a la tentativa suicida, a través de la valoración de los factores protectores más determinantes para esta conducta concreta dentro del suicidio y, como tal, sólo puede representar un punto de partida para futuras investigaciones. En particular, se pueden contemplar cuatro áreas sobre las que la investigación futura puede ampliar sus conocimientos, además de las ya planteadas en el apartado de limitaciones.

En primer lugar, la investigación futura podría ampliar la evidencia de una base causal para los factores de resiliencia ante el suicidio. La investigación llevada a cabo fue en primera instancia transversal, y posteriormente longitudinal, pero muy escasa en el tiempo (6 meses). Estos aspectos necesarios como punto de partida inicial abren nuevas vías de estudio sobre los factores protectores internos (autoconcepto, sentido del humor y optimismo), factores de estabilidad emocional (autocontrol emocional, control de impulsos y esperanza) y factores de protección externos (solicitud de ayuda, habilidades sociales y apoyo social de tipo emocional) para establecer la validez de que determinadas variables modulan la promoción de resiliencia ante la tentativa suicida. La investigación futura podrá dilucidar si estas variables de protección modulan la

resiliencia ante la tentativa suicida durante más de 6 meses y si tienen un valor predictivo de reintentos de suicidio más allá del sexto mes.

En segundo lugar, la investigación futura podría comenzar a investigar la resiliencia ante una gama más amplia de comportamientos suicidas, como la ideación, las lesiones auto-infligidas, la planificación suicida y el suicidio consumado. Respecto a la resiliencia ante un resultado de riesgo concreto (ideación) ya existen instrumentos prometedores que valoran este aspecto (Osman et al., 2004), aunque debieran ser mejoradas sus propiedades psicométricas a través de procesos metodológicos más adecuados, por ejemplo análisis estructurales en población clínica y comparando entre las escalas resultantes según participantes (ideación y no ideación suicida). La investigación realizada en este Tesis se ha limitado a investigar los factores protectores que modulan la resiliencia ante la tentativa suicida. Al parecer, las variables protectoras detectadas en estos estudios modulan la asociación entre la resiliencia y la tentativa de suicidio, pero futuros investigadores podrían ampliar los análisis sobre si los factores protectores de la resistencia varían cuando el resultado es la ideación, las lesiones auto-infligidas, la planificación suicida o el suicidio consumado. En el caso de las fases anteriores al suicidio consumado, sería necesario llevar a cabo un estudio longitudinal con la ERATS-18 y se podría valorar la resiliencia en fases más graves del suicidio, comparando personas sobrevivientes de intentos de suicidios graves con aquellas otras donde el suicidio ha sido consumado, utilizando en este último caso metodologías basadas en procesos de "autopsia psicológica". Este último enfoque implicaría la identificación de personas que han muerto por suicidio de acuerdo con sus certificados de defunción, seguida de análisis de documentos registrados cuando estaban vivos y entrevistas a familiares y amigos del suicida. Para este último caso, sería recomendable valorar previamente cuáles son los mejores informadores de las variables psicosociales de la persona que ha muerto por suicidio, aspecto que todavía está por dilucidar en la literatura especializada sobre este tema.

En tercer lugar, la investigación futura podría investigar la resiliencia al suicidio en una gama más amplia de subpoblaciones clínicas. La muestra de población clínica de esta investigación se restringió a las personas con tentativas de suicidio, pero sin valorar otras subpoblaciones clínicas donde la prevalencia del suicidio consumado es muy alta, como los trastornos esquizofrénicos, los trastornos bipolares o los trastornos de personalidad (Addington, 2006; Antypa, Willem Van der Does y Penninx 2010; Kelly et al., 2000; Halfon et al., 2013; Hor y Taylor, 2010; Novick, Swartz y Frank, 2010). Aunque recientes estudios estén planteando que las personas que realizan un intento de suicidio son un colectivo clínico específico dentro de continuo del proceso suicida independientemente de variables clínicas (López-Castroman et al., 2015a), podría ser de interés valorar la resiliencia en personas con los mencionados trastornos en España, para comprobar las propiedades psicométricas de esta escala (ERATS-18) y su valor predictivo en otras subpoblaciones clínicas con importantes tendencias suicidas.

En cuarto lugar, la investigación futura podría dilucidar si la ERATS-18 presenta las mismas propiedades psicométricas y valor predictivo en personas que han realizado una tentativa suicida en otras zonas geográficas de España. Aunque la tentativa suicida parece venir tremendamente modulada por aspectos contextuales y geográficos (López-Castroman et al., 2015b; Milner et al., 2013), sería interesante comprobar si este aspecto es verdaderamente aplicable a los resultados obtenidos en lo que respecta a la resiliencia como variable protectora de resultados negativos (tentativas suicidas) y si ofrece las mismas garantías predictivas que en la población del estudio actual.

En quinto lugar, y en línea con el anterior, sería de interés para futuras investigaciones intentar generar un modelo explicativo de los reintentos de suicidio tomando como base la puntuación de la ERATS-18 y el número de intentos previos. Esta línea de trabajo ofrecería pistas importantes a los profesionales de los servicios de Urgencias para ofrecer pronósticos más acertados sobre el nivel de riesgo de una

persona que es admitida en estos servicios por intento de suicidio, puesto que estudios anteriores plantean las limitaciones de estas prácticas clínicas en los servicios de urgencias hospitalarios referidas a intentos de suicidio (López-Castroman et al., 2015b; Miret et al., 2010). Y además, podría abrir nuevas vías de investigación para implantar tratamientos eficaces basados en la mejora de la resiliencia como una forma de disminuir el riesgo de tentativa suicida. De hecho, intervenciones centradas en aquellas variables protectoras que promueven resiliencia logrará minimizar el impacto de los riesgos crónicos como moduladores de resultados negativos (tentativas) o resultados fatales (suicidio consumado). Algunas de las técnicas clínicas cuyo objetivo es potenciar aspectos resilientes (internos, emocionales o externos) pueden ser entre otras el registro de datos positivos (Tarrier, 2010), el entrenamiento en asertividad (Mruk, 2006), el Mindfulness o atención plena (Kabat-Zinn, 2003; Williams y Swales, 2004), o la aplicación de programas completos de incremento de la resiliencia adaptados a riesgos específicos (por ejemplo burnout en cuidadores de personas en situación de dependencia ERC-Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014c o estrés de padres de niños con Síndrome de Down en Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015b) o fomento de la resiliencia en personas con algún trastorno psicopatológico (Broad-Minded Affective Coping Procedure-BMAC en personas con trastorno de estrés postraumático y depresión en Tarrier, 2010 y en personas con trastorno del espectro esquizofrénico en Johnson, Gooding, Wood, Fair y Tarrier 2013). Todos estos resultados parecen indicar que la focalización de intervenciones clínicas más centradas en aspectos de protección que promueven resiliencia ante determinados riesgos pueden ser una vía prometedora para evitar (o minimizar) la aparición de resultados negativos con peor pronóstico y más difícil tratamiento.

6. ASPECTOS ÉTICOS A TENER EN CUENTA

Dentro de toda la literatura sobre el suicidio o de la resiliencia ante tentativas suicidas, los aspectos éticos constituyen un aspecto relevante. La medición de

cualquier tipo de aspecto psicosocial en personas que han realizado una tentativa de suicidio previa y que se encuentran psicológicamente vulnerables surge como una importante preocupación por parte de los comités de ética, tanto de la Universidad de Jaén como en el Comité de Bioética de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que vela por investigaciones asociadas a sus centros hospitalarios.

Para solucionar todas las preocupaciones derivadas del proceso de investigación sobre este colectivo se intentó por un lado la firma del consentimiento informado por parte del participante y de algún familiar cercano en el propio servicio de urgencias antes de la cumplimentación de los cuestionarios, donde además se reflejaba el número de teléfono desde el que realizaría la llamada telefónica de seguimiento y dos números de teléfono (participante y familiar) como medida de precaución y prevención. Y, por otro lado, previo a todo el proceso de realización de esta investigación se solicitó el visto bueno al Comité de Ética de la Investigación de Jaén y al comité de Bioética de la Investigación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En la muestra clínica se estableció contacto con cada participante después de la finalización del proceso de seguimiento telefónico (tras el sexto mes), ofreciendo asistencia psicológica gratuita en aquellos casos donde se produjeron varios reintentos de suicidio durante el proceso de seguimiento. Actualmente algunas de estas personas siguen en tratamiento psicológico y otras ya pasaron a una fase de seguimiento psicológico donde las sesiones son más esporádicas, lo que sugiere que los participantes obtuvieron una amplia gama de beneficios por la participación en este estudio, incluido el interés por su salud mental y el apoyo terapéutico posterior a su participación. Los hallazgos obtenidos por esta tesis sugieren que el nivel de riesgo es patente, pero los beneficios potenciales de la investigación para el participante y para el avance de la ciencia psicológica también deben ser tenidos en cuenta.

7. CONCLUSIONES GENERALES

A continuación se plantearán diversas conclusiones que se derivan de los resultados de esta Tesis:

1. La mayoría de la literatura sobre suicidio se centra en el suicidio consumado o en la ideación suicida, siendo muy escasos los estudios que miden tentativas suicidas. Sin embargo, hasta la fecha la tentativa suicida es relatada, en toda la literatura especializada, como la conducta más predictiva de la muerte por suicidio consumado. Además, existe una mínima aportación bibliográfica sobre los factores protectores que ofrecen resultados resilientes en contra de resultados de riesgo (tentativa), lo que dificulta su medición, siendo muy escasa la existencia de escalas adaptadas culturalmente y validadas en población de riesgo para promover la resiliencia ante tentativas de suicidio, lo que plantea todavía un reto metodológico para este tipo de análisis (Sáiz y Bobes, 2014). En esta Tesis se ha creado y validado un instrumento que mide la resiliencia (ERATS-18) como resultado ante el riesgo de tentativa suicida, demostrando claramente ser fiable y ofreciendo un adecuada validez de constructo según la literatura especializada sobre resiliencia ante la tentativa suicida.
2. El ERATS-18 además discrimina entre una muestra general y una muestra de personas que han realizado un intento de suicidio, incluyendo a través de sus subdimensiones los factores protectores que explican la resiliencia ante la tentativa de suicidio.
3. La escala construida puede detectar precozmente aquellos factores protectores de la resiliencia ante la tentativa de suicidio, lo que podría ser una herramienta eficaz para la prevención de conductas de riesgo (tentativa) en población que clínicamente pueda ser considerada como vulnerable hacia el suicidio. Además, abre nuevas vías de trabajo para potenciar tratamientos concretos de incremento de factores de protección en personas que ya han realizado un intento de suicidio.

En definitiva, esta Tesis ha mostrado que la aplicación de instrumentos que miden resiliencia ante el suicidio, deben ser previamente validados en la población destinataria. Pero además, ha creado un instrumento adaptado en población clínica con adecuadas propiedades psicométricas, y que puede predecir la realización de reintentos de suicidio en personas que han realizado intentos anteriores. También se muestran diversos factores internos, de estabilidad emocional y externos que pueden amortiguar el riesgo de suicidio en personas que han realizado una tentativa de suicidio previa valorando el nivel de resiliencia de esta población. Además, los resultados sugieren que algunos factores pueden conferir resistencia a conductas de riesgo específicas, pero no a otras. La futura investigación debería de ampliar estos resultados, centrándose en la teoría, en los conceptos impulsados por la capacidad de recuperación y en un refinamiento metodológico de la práctica en investigación sobre esta nueva área de estudio.

CAPITULO 8:

REFERENCIAS

- Abad, F.J., Olea, J., Ponsoda, V. & García, C. (2011). Medición en ciencias sociales y de la salud [Measurement in social sciences and health]. Madrid: Síntesis
- Abiola, T., & Udofia, O. (2011). Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale in Kano, Nigeria. *BMC Research Notes*, 4, 509. <http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-4-509>.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in human: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Alloy, L.B. (1989). Hopeless theory of depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358-372.
- Achat, H., Kawachi, I., Spiro, A.III, DeMolles, D.A. & Sparrow, D. (2000). Optimism and depression as predictors of physical and mental health functioning. The Normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 22 (2), 127-130.
- Adityanjee, D.R. (1986). Suicide Attempts and Suicides in India: Cross-Cultural Aspect. *Infantil Journal Social Psychiatric*, 32 (2), 64-73.
- Adler, R. B., & Procter II, R. F. (2011). *Looking Out, Looking In*, (13 ed.). Boston: Wadsworth/Cengage Learning
- Addington, D.E. (2006). Seguridad en Esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio [Safety Schizophrenia reduce suicide and attempted suicide]. *Revista de Toxicomanías*, 49 (1), 17-24.
- Agada, L.O., Eferakeya, A. & Omoti, C.E. (2005). Drugs and suicide attempt in Benin City (Nigeria) from 1991 from 2000. *Pharmacy Practice*, 3 (4), 197-204.
- Agaibi, C.E. & Wilson, J.P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 6 (3), 195-216. <http://dx.doi.org/10.1177 / 1524838005277438>
- Agulló, E. (1997). El apoyo social por Ana Barrón [Social support by Ana Barrón]. *Psicothema*, 9 (2), 457-461.
- Ahern, N.R., Kiehl, E.M., Lou, M. & Byers, J. (2006). A Review of Instruments Measuring Resilience. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125 <http://dx.doi.org/10.1080/01460860600677643>

- Akbari, M., Haghdoost, A.A., Nakhaee, N., Bahramnejad, A., Baneshi, M.R., ... Zolala, F. (2015). Risk and Protective Factor for Suicide Attempt in Iran: A Matched Case-Control Study. *Archives of Iranian Medicine*, 18 (11), 747-52. <http://dx.doi.org/0151811/AIM.004>.
- Alberdi-Sudupe, J., Pita-Fernández, S., Gómez-Pardiñas, S.M., Iglesias-Gil-de-Bernabé, F., García-Fernández, J., Martínez-Sande, G., ... Pértega-Díaz S. (2011). Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC Psychiatry*, 31, 11-51
- Almanza, J., Monroy, M., Bimbela, A., Payne, D.K., & Holland, J.C. (2000). Spanish Version of the Systems of Belief Inventory (SBI-15-R): Cross Cultural Research on Spiritual and Religious Beliefs. *Psychosomatics*, 41, 158.
- Almedom, A.M. & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma* 12 (2), 127-143. <http://dx.doi.org/10.1080/15325020600945962>
- Álvaro-Meca, A., Kneib, T., Gil-Prieto, R. & Gil de Miguel, A. (2013). Epidemiology of suicide in Spain, 1981-2008: a spatiotemporal analysis. *Public Health* 127 (4), 380-385
- Al-Sharifi, A., Krynicki, C.R. & Upthegrove, R. (2015). Self-harm and ethnicity: A systematic review. *The International Journal of Social Psychiatry*, 61 (6), 600-12. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764015573085>
- American Psychiatric Association-APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* [DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]. Barcelona: Masson S.A.
- American Psychiatric Association-APA (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* [DSM5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]. Washington, D.C. (U.S.A.): American Psychiatric Association
- Amitai, M. & Apter, A. (2012). Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 985-994. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph9030985>

- Andersen, S.L. & Teicher, M.H. (2008). Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends in Neurosciences*, 31, (4), 183–191. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tins.2008.01.004>
- Andriessen, K. (2006). Do we need to be cautious in evaluating suicide statistics? *European Journal of Public Health*, 16 (4), 445–447.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>
- Angeler, D.G., Allen, C.R., Rojo, C., Álvarez-Cobelas, M., Rodrigo, M. A. & Sánchez-Carrillo, S. (2013). Inferring the Relative Resilience of Alternative States. *PLOS ONE*, 8 (10), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0077338>
- Anestis, M.D., & Joiner, T.E. (2012). Behaviorally-indexed distress tolerance and suicidality. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 703-707
- Anisman, H., Du, L., Palkovits, M., Faludi, G., Kovacs, G.G., Szontagh-Kishazi, P. ... Poulter, M.O. (2008). Serotonin receptor subtype and p11 mRNA expression in stress-relevant brain regions of suicide and control subjects. *Journal Psychiatry Neurosciencie*, 33 (2), 131-41.
- Anthony, E.J. (1974). Introduction: The syndrome of the psychologically vulnerable child. In E.J., Anthony and C. Koupernik (eds), *The child in his family: Children at Psychiatric Risk* (pp.3-10). New York: Wiley http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4684-2127-9_23
- Anthony, E.J. (1982). Un nouveau domaine scientifique à explorer. En E.J. Anthony, C, Chiland, & Koupernik, C., *L'enfant vulnérable* (pp 21-35). Paris: Presses Universitaires de France
- Anthony, E.J. & Koupernik, C., (1974). *L'enfant vulnérable*. Paris: Presses Universitaires de France
- Antypa, N., Willem Van der Does, A.J. & Penninx, B.W.J.H. (2010). Cognitive reactivity: Investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression. *Journal of Affective Disorders*, 122, 46-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.013>

- Arenas-Langrave, P., Lucio-Gómez, M. & Forn, M. (2011). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescents [Differential indicators of personality against the risk of suicide in adolescents]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 32, (2) 79-104
- Arenas-Landgrave, P., Lucio-Gómez, E. & Forn, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescents [Differential indicators of personality against the risk of suicide in adolescents]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica-RIDEP*, 33 (1), 51-74
- Arie, M., Apter, A., Orbach, I., Yefet, Y. & Zalzman, G. (2008). La memoria autobiográfica, la resolución de problemas interpersonales y conducta suicida en adolescentes hospitalizados [Autobiographical memory, solving interpersonal problems and suicidal behavior in adolescents hospitalized]. *Psiquiatría Integral*, 49 (2), pp. 22-29
<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.07.004>
- Aronwitz, T. (2005). The Role of “Envisioning the Future” in the Development of Resilience Among At-Risk Youth. *Public Health Nursing*, 22, (3), 200–208.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220303.x>
- Artuch, R. (2013). El fracaso escolar: Una experiencia Española. En C. Cornejo, P. Morales, E. Saavedra, & G. Salas (Eds.), *Aproximaciones en psicología educativa. Diversidades ante la contingencia actual* [Approaches in educational psychology. Diversities in the current contingency]. (pp. 161-173). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Aspinwall, L.G., & Brunhart, S.M. (2000). What I do know won't hurt me: Optimism, attention to negative information, coping, and health. In J.E. Gillham (Ed.), *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E.P. Seligman* (pp. 162-200). Philadelphia: Templeton Foundation. Published.
- Aspinwall, L.G., & Leaf, S.L. (2002). In search of the unique aspects of hope: Pinning our hopes on positive emotions, future-oriented thinking, hard times, and other people. *Psychological Inquiry*, 13, 276-288

- Astudillo, W., Mendinueta, C. & Casado, A. (2007). Cómo afrontar mejor las pérdidas en cuidados paliativos [How best to cope with the losses in palliative care]. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 7 (14), 511-526.
- Asuni, T. (1967). Attempted suicide in western Nigeria. *Central African Journal of Medicine*, 13 (12), 289-298.
- Ato, E., González, C. & Carranza, J.A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia [Evolutionary aspects of emotional self-regulation in infancy]. *Anales de psicología*, 20 (1) 69-79.
- Avia, M.D. & Vázquez, C. (1998). *Optimismo Inteligente* [Intelligent optimism]. Madrid: Alianza.
- Ayduk, O., Mendoza-Denton, R., Mischel, W. Downey, G., Peake, P. & Rodríguez, M.L. (2000). Regulating the interpersonal self: Strategic self-regulation for coping with rejection sensitivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (1), 776-792 <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.776>
- Ayduk, O. & Gyurak, A. (2008). Applying the cognitive-affective systems (CAPS) approach to conceptualizing rejection sensitivity. *Social and Personality Psychology Compass*, 2 (5), 2016-2033.
- Ayuso-Mateos, J.L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V, ... Grupo RECOMS (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España [Recommendations and preventive management of suicidal behavior in Spain]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (1), 8-23.
- Azim, M., Beveridge, M. Van dam, A. & Verdegem, M.C. 2005. Periphyton and aquatic production: an introduction. En: Azim, M.E & VerdeGem, M.C. &Van Dam, A. (eds.) *Periphyton: ecology, exploitation and management* (pp. 1-11) Londres: CABI publishing.
- Azorín, J. M., Kaladjian, A., Adida, M., Hantouche, E., Hameg, A., Lancrenon, S. & Akiskal, H.S. (2009). Los factores de riesgo asociados con los intentos de suicidio por vida en pacientes con trastorno bipolar I: Hallazgos de una cohorte nacional francesa [Risk factors associated with suicide attempts by life in patients with bipolar I disorder: Findings from a French national cohort]. *Psiquiatría Integral*, 50 (2), 115-120 <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.07.004>

- Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., García, E., Blasco, H., Braquehais, D., Saiz-Ruiz, J. & De León, J. (2004). Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. *Psychiatric Services*, *55*, 792–797
- Baca-García, E., Oquendo, M., Sáiz-Ruiz, J., Mann, J.J. & De León, J. (2006). A pilot study on differences in Aggression in New Cork City and Madrid, Spain, and Their Possible impact on suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67* (3), 375-80.
- Bagley, C., Bolitho, F. & Bertrand, L. (1997). Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, *32* (126), 361-6.
- Bahadur, A. V., Ibrahim, M., & Tanner, T. (2010). *The resilience renaissance? Unpacking of resilience for tackling climate change and disasters*. Brighton (U.K.): Institute of Development Studies (for the Strengthening Climate Resilience (SCR) consortium)
- Bakker, A.B., Rodríguez-Muñoz, A., & Derks, D. (2012). La emergencia de la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva [The emergence of Positive Psychology, Occupational Health]. *Psicothema*, *24*(1), 66-72.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychology*, *33* (4), 344-358. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.33.4.344>
- Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental [Social structure, social support and mental health]. *Psicothema*, *13* (1), 17-23.
- Bartone, R. T., Ursano, R. J., Wright, K. M. & Ingraham, L. H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *177*, 317–328. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-198906000-00001>
- Bartone, P. (1991). Development and validation of a short hardiness measure. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Society, Washington DC.F

- Bartone, P. T. (1995, July). A short hardiness scale. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Society, New York.
- Bartone, P. (2007). Test-retest reliability of the dispositional resilience scale-15, a brief hardiness scale. *Psychological Reports, 101*, 943-944
- Battle, J. (1994). *Self-esteem: The new revolution*. Seattle: Special Child Publications.
- Bauer, I.M. & Baumeister, R.F. (2011). Self-regulatory strength. En K. Vohs & R. Baumeister (Eds.). *Handbook of Self-Regulation* (2nd ed.) (pp. 64-82). New York: Guilford Press.
- Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I. & Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles?. *American Psychological Society, 4* (1), 1-44. <http://dx.doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Beauchamp, M., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin, 136*, 39-64. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017768>
- Bearman, P.S. (2004). Moody, J. Suicide and friendships among American adolescents. *American Journal of Public Health, 94*, 89-95
- Bebbington, P., Minot, S., Cooper, C., Dennis, M., Meltzer, H., Jenkins, R. & Brugha, T. (2010). Suicidal ideation, self harm and attempted suicide. Results from the British Psychiatric Morbidity Survey 2000. *European Psychiatry, 25* (7), 427-431.
- Bech, P., & Awata, S. (2009). Measurement of suicidal behaviour with psychometric scales. En D. Wasserman, C, Wasserman (eds.) *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp 305-311). Oxford: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780198570059.003.0041>
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D, & Trexel, L. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, (6), 861-865. <http://dx.doi.org/10.1037/h0037562>

- Beck, A.T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal Counseling Clinical Psychology*, 41 (2), 343-352.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories–IA and –II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588–597.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto [Resilience: definition, features and usefulness of the concept]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146
- Beeghly, M. & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5–30.
<http://dx.doi.org/10.1017/S095457940000585X>
- Beghi, M. & Rosenbaum, J.F. (2010). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 349-355. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833ad783>
- Belman, J. & Flanagan, M. Designing games to foster empathy. *International Journal of Cognitive Technology* 15, 1 (1), 11.
- Benedeck, E.P. (2006). Suicidal Behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicenter Study on Suicidal Behavior. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70 (3), 245-248.
- Benda, B.D. (2003). Discriminators of suicide thoughts and attempts among homeless veterans who abuse substances. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (4), 430-442
- Benito A., Oudda L., Benito G., Lahera G. & Fernández A. (2010). Los factores de resiliencia ante las situaciones traumáticas. Análisis tras los atentados del 11 de marzo en una muestra de pacientes en el csm de Alcalá de Henares. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Available in <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n3/02.pdf>
- Bentler, P.M. (1989). *EQS structural equations program manual*. Los Angeles: BMDP.
- Biddle, S.J.H.

- Berkes, F., Colding, J. & Folke, C. (2003). *Navigating social-ecological systems. Building resilience for complexity and change*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bermúdez, M.P., Teva, I. & Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre la inteligencia emocional, la estabilidad emocional y el bienestar psicológico [Analysis of the relationship between emotional intelligence, emotional stability and psychological well-being]. *Universitas Psychologica*, 2 (1), 27-32.
- Bermúdez, J. (2003). Personalidad, procesos psicológicos y conductas de salud. En J. Bermúdez, A.M. Pérez-García y P. Sanjuán (Eds.). *Psicología de la Personalidad* (Tomo II. pp. 109-142). Madrid: UNED.
- Bernard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective Factors in the family, School and Community*. San Francisco: Wested Regional Educational Laboratory.
- Bernard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. San Francisco, CA: WestEd.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J. Botega, N., De Silva, D., ... Vijayakumar, L. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS. *Psychological Medicine* 35, (10), 1457-1465.
- Berry, D., Deater-Deckard, K., McCartney, K., Wang, Z. & Petrill, S.A. (2013). Gene-environment interaction between DRD4 7-repeat VNTR and early maternal sensitivity predicts inattention trajectories across middle childhood. *Development and Psychopathology*, 25, 291-306.
- Biddle, L., Brock, A., Brookes, S.T. & Gunnell, D. (2008). Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study. *Journal Medical British*, 336 (7643), 539-542.
- Biehal, N. (2005). Working with adolescents at risk of out of home care: the effectiveness of specialist teams. *Children and Youth Services Review*, 27 (10), 45-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.12.031>
- Biscoe & Harris. (there is no date or reference – this is a web based resource)
- Blasco-Fontecilla, H., Perez-Rodriguez, M.M., Garcia-Nieto, R., Fernandez-Navarro, P., Galfalvy, H., de Leon, J., & Bca-García, E. (2012). Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: Differences according to level of

- development. A mixed effect model study. *BMJ Open*, 2 (3), 14-22.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000785>
- Blasco-Fontecilla, H., Delgado-Gomez, D., Ruiz-Hernandez, D., Aguado, D., Baca-Garcia, E. & Lopez-Castroman, J. (2012). Combining scales to assess suicide risk. *Journal of Psychiatric Research*, 46 (10), 1272-7.
- Blazer, D.G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115 (5), 684-694.
- Blazer, D.G. (2009). Depression in late life: review and commentary. *International Review of Psychiatry*, 7 (1), 118-136.
<http://dx.doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>
- Block, J.H. & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego resiliency in the organization of behavior. In: W.A. Collins, (ed). *Minnesota Symposium on Child Psychology* (pp. 39-101). New York, Erlbaum and Hillsdale
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349–361. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>
- Bobes-García, J., Giner-Ubago, J. & Saiz-Ruiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* [Psychiatry and suicide prevention and management of suicidal behavior Recommendations]. Madrid: Triacastela.
- Bock, J., Rether, K., Gröger, N., Xie, L. & Braun, K (2014). Perinatal programming of emotional brain circuits: an integrative view from systems to molecules. *Frontiers in Neuroscience*, 5, (8) 11. <http://dx.doi.org/10.3389/fnins.2014.00011>
- Boeninger, D., Masyn, K., Feldman, B. & Conger, R. (2010). Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 40, 451-464.
<http://dx.doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.451>
- Bonavia, T., Molina, J.G. & Puchol, A. (2015). Validez estructural de un cuestionario para medir comportamientos eficaces en los equipos de trabajo [Structural validity of a questionnaire to measure effective behaviors in work teams].

Anales de psicología, 31 (2), 667-676
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.184041>

- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28 <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G.A., Galea, S., Bucchiarelli, A. & Vlahov D. (2006). Resiliencia psicológica después de desastres - la ciudad de Nueva York en las secuelas del 11 de septiembre ataque terrorista [Psychological resilience after disaster - the city of New York in the aftermath of the September 11 terrorist attack]. *Psychological Science*, 17, 181-186. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x>
- Bonanno, G.A., Westphal, M. & Mancini, A.D. (2011). Resistencia a la pérdida y el trauma potencial [Resistance to the potential loss and trauma]. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7: 511-535. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
- Bondy, B., Buettner, A. & Zill, P. (2006). Genetics of suicide (Feature Review). *Molecular Psychiatry*, 11 (4), 336–351.
- Bongiovi-Garcia, M.E., Merville, J., Almeida, M.G., Burke, A., Ellis, S. & Stanley, B.H., (2009). Comparison of clinical and research assessments of diagnosis, suicide attempt history and suicidal ideation in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 115, 183-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.026>
- Borges F., Gomes G., Gardner R., Moreno N., McCormick S., Feijó J.A. & Becker J.D. (2008). Comparative transcriptomics of Arabidopsis sperm cells. *Plant Physiology*, 148, 1168–1181.
- Borges, G., Nock, M.K., Haro-Abad, J.M., Hwang. I., Sampson, N.A., Alonso, J., ... Kessler, R.C. (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (1), 1617–1628. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu>
- Borges, C.A.D., Ribeiro, E. L.D., Mizubuti, I.Y., da Silva, L.D.F., Pereira, E.S., Zarpelon, T.G., ... Favero, R., (2011). Replacement of whole corn grain by oat grain on

- performance of feedlot lambs receiving high grain diets. *Semina-Ciencias Agrarias*, 32, 2011-2020
- Boyd, R., Stern, N. & Ward, B. (2015). *What will global annual emissions of greenhouse gases be in 2030, and will they be consistent with avoiding global warming of more than 2°C? Policy Paper*. London, UK: Centre for Climate Change Economics and Policy and Grantham Research Institute on Climate Change and the Environment. Available at: http://www.lse.ac.uk/GranthamInstitute/wp-content/uploads/2015/05/Boyd_et_al_policy_paper_May_2015.pdf
- Bowers, L. Banda, T. & Nijman, H. (2010). Suicide Inside: A Systematic Review of Inpatient Suicides. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (5), 315-328
- Brambilla, P., Stanley, J.A., Sassi, R.B., Nicoletti, M.A., Mallinger, A.G., Keshavan, M.S. & Soares, J.C. (2004). H MRS Study of Dorsolateral Prefrontal Cortex in Healthy Individuals before and after Lithium Administration. *Neuropsychopharmacology*, 29 (1), 1918–1924.
- Brauns, M.L. & Berzewski, H. (1998). Follow-Up Study of Patients With Attempted Suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 34 (4), 285-91. <http://dx.doi.org/10.1177/002076408803400406>
- Braverman, M.T. (1999). Research on resilience and its implications for tobacco prevention. *Nicotine and Tobacco Research*, 1, 567, 572. <http://dx.doi.org/10.1080/14622299050011621>
- Brener, N. D., Krug, E. G. & Simon, T. R. (2000). Trends in suicidal ideation and suicidal behavior among high school students in the United States, 1991-1997. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30 (3), 304-312.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Allman, C., amigo A., C. Roth, ... Balach L., (1993). Psychiatric factores de riesgo de suicidio en la adolescencia: Estudio de casos y controles [Risk factors for suicide in adolescence : Cases and controls study]. *Psiquiatría*, 32, 521-529
- Brent, D.A., Bridge, J., Johnson, B.A. & Connolly, J. (1996). Suicidal behaviour runs in families. *Archives of General Psychiatry*, 53 (12), 1145–1152.

- Brent, D.A. & Mann, J.J. (2006). Familial pathways to suicidal behavior: understanding and preventing suicide among adolescents. *The New England Journal of Medicine*, 355 (26), 2719-2721. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp068195>
- Bresin, K. & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Brewin, C.R, Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R. & Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Britton, P.C., Duberstein, P.R., Conner, K.R. & Heisel, M.J. (2008). Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among Depressed adults 50 Years or older. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (9), 736-742. <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e31817b609a>
- Broadbenta, E., Petriea, K.J. Maina, J. & Weinmanb, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (6), 631-637. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano* [The ecology of human development]. Barcelona, España: Paidós.
- Brown, F. G. (1999). *Principios de la medición en Psicología y Educación* [Measurement principles of Psychology and Education]. México: Manual moderno
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In: K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Beverly Hills, CA: Sage. <http://dx.doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Buendía, J., Riquelme, A. & Ruíz, J.A. (2004). *El suicidio en adolescents [Teen suicide]*. Murcia: Universidad de Murcia.

- Buendía, J., Riquelme, A. & Ruíz, J.A. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida* [Suicide in adolescents: factors involved in suicidal behavior] Murcia: Servicio de publicaciones de la Universidad
- Bursztein, C. & Apter, A. (2009). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 1–6.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales* [Evaluation Manual and social skills training]. Madrid: Siglo XXI
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto [Resilience: an approach to the concept]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 3, 145–151
- Cabrera, V.E., Aya, V.L. & Cano, A.M. (2012). Una propuesta antropológica para la comprensión de la resiliencia en niños: las virtudes humanas [An anthropological approach to understanding resilience in children: human virtues]. *Persona y bioética*, 16 (2), 149-164.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S.L. & Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (4), 585-99
<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
- Campbell-Sills, L., & Stein, M.B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10 item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 1019-1028.
<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20271>
- Caprara, G.V, Barbaranelli, C. & Borgogni, L. (1995). *Cuestionario "Big Five" (BFQ)* [Questionnaire "Big Five" (BFQ)]. Madrid: TEA Ediciones.
- Carballo, J.J., Currier, D., Figueroa, A.E., Giner, L., Nelly, S.A., Sublette, M.E. & Oquendo, M.A. (2009). Neurobiological underpinnings of suicidal behavior: Integrating data from clinical and biological studies. *The European Journal of Psychiatry*, 23 (4), 243-259.

- Cardozo, G. & Alderete, A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 223, 148-182.
- Carli, V., Jovanović, N., Podlessek, A., Roy, A., Rihmer, Z., Maggi, S., ... Sarchiapone, M. (2010). The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters - a study of 1265 male incarcerated individuals. *The Journal of Affective Disorders*, 123 (1-3), 116-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.119>
- Carretero, R. (2010). *Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales* [Resilience. A positive vision for the prevention and intervention from social services]. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas.
- Carter, J.A, Mung'ala-Odera, V., Neville, B.G.R Obiero, E., Katana, K., Mung'ala-Odera, V., Lees, J.A. & Newton, C. (2005) Persistent neuro-cognitive impairments associated with severe falciparum malaria in Kenyan children. *Tropical Medicine & International Health*, 10, (1), 3–10,
- Carvajal, R.D., Antonescu, C.R., Wolchok, J.D., Chapman, P.B., Roman, R.A., Teitcher J., ... Schwartz, G.K. (2011). KIT as a therapeutic target in metastatic melanoma. *JAMA*, 305 (22), 2327-34. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2011.746>
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F. Robinson, D.S., ... Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65,375–390. <http://dx.doi.org/10.1037/10338-005>
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos [Research on social support in health: current situation and new challenges]. *Revista Saúde Pública*, 31 (4), 425-435.
- Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M. & Lawrie, S.M., (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33 (3), 395-405. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291702006943>

- Cedereke, M., & Ojehagen, A. (2005). Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months. *European Psychiatry. The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(2), 101-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.008>
- Center for Disease Control and Prevention Risk and Protective Factors- CDCPRPF [informe] (2010). [consultado Oct 2010]. Available in: <http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/suicide/Suicide-riskfactors.htm>
- Cha, C. B. & Nock, M.K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (4), 422-430. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f44>
- Chan, C.H., Caine, E.D., Chang, S.S., Lee, W.J., Cha, E.S. & Yip, P.S.F. (2015) The Impact of Improving Suicide Death Classification in South Korea: A Comparison with Japan and Hong Kong. *PLoS ONE* 10(5), e0125730. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0125730>
- Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (4), 1109-1120 <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.4.1109>
- Chang, E.C. & Sanna, L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 16 (3), 524-553. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.16.3.524>
- Chang, E. C. & Banks, K.H. (2007). The color and texture of hope: Some preliminary findings and implications for hope theory and counseling among diverse racial/ethnic groups. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(2) <http://dx.doi.org/10.1037/1099-9809.13.2.94>
- Chang, S.S., Stuckler, D., Yip, P. & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347, f5239. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f5239>
- Chávez-Hernández, A.M., Medina, M.C. & Macías-García, L.F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes [Psychoeducational model for suicide prevention in Young]. *Salud Mental*, 31 (3), 197-203.

- Chau, Y.K. (1997). Re-examining a model for evaluating information center success using a structural equation modelling approach. *Decision Sciences*, 28, 309-334
- Chen, V.C., Chou, J.Y., Lai, T.J. & Lee, C.T. (2010). Suicide and unemployment rate in Taiwan, a population-based study, 1978–2006. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (4), 447-452.
- Cheng, H. & Furnham, A. (2000). Attributional style and personality as predictors of happiness and mental health. *Journal of Happiness Studies*, 2 (3), 307-327.
- Cheng, J.K.Y, Fancher, T.L., Ratanasen, M., Conner, D.K.R., Duberstein, P.R., Sue, S. & Takeuchi, D. (2010). Lifetime Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Asian Americans. *American Journal of Psychology*, 1, (1), 18–30
<http://dx.doi.org/10.1037/a0018799>
- Chesley, K. & Loring-McNulty, N.E. (2003). Process of Suicide: Perspective of the Suicide Attempter. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9 (2), 41-45. [http://dx.doi.org/10.1016/S1078-3903\(03\)00051-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1078-3903(03)00051-X)
- Chiao, J.Y. & Blizinsky, K.D. (2013). Population Disparities in Mental Health: Insights From Cultural Neuroscience. *American Journal of Public Health*, 103 (S1), 122-132. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301440>
- Chioqueta, A.P. & Stiles, T.C. (2007). Dimensions of the Dysfunctional Attitude Scale (DAS-A) and the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-30) as Cognitive Vulnerability Factors in the Development of Suicide Ideation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35 (5), 579–589.
<http://dx.doi.org/10.1017/S1352465807003803>
- Chishti, P., Stone, D.H., Corcoran, P., Williamson, E. & Petridou, E. (2003). Suicide Mortality in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13 (2), 108-114.
- Cho, H.J, & Jung, M.S. (2014). Effect of Empathy, Resilience, Self-care on Compassion Fatigue in Oncology Nurses. *Journal of Korean Academy Nursing Administration*, 20 (4), 373-382.
<http://dx.doi.org/10.11111/jkana.2014.20.4.373>
- Christiansen, E. & Jensen, B.F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival

- analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 257–65. <http://dx.doi.org/10.1080/00048670601172749>
- Christiansen, E., & Jensen, B.F. (2008). A nested case-control study of the risk of suicide attempts after discharge from psychiatric care: The role of co-morbid substance use disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63 (2), 132-139. <http://dx.doi.org/10.1080/08039480802422677>
- Christiansen, E. & Larsen, K.J. (2012). Young people's risk of suicide attempts after contact with a psychiatric department - a nested case-control design using Danish register data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (1), 16-25. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02405.x>
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Lynch, M. & Holt, K. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcomes. *Development and Psychopathology*, 5, 629–647.
- Cicchetti, D. (2003). Foreword. In S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 11-27). Cambridge. Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. & Blender, J.A. (2006). A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience. Implications for the developing brain, neural plasticity and preventative interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 248-58.
- Claes, L. & Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (2), 137– 144.
- Clarke, D.E., Goodwin, R.D., Messias, E. & Eaton W.W. (2008). Asthma and suicidal ideation with and without suicide attempts among adults in the United States: What is the role of cigarette smoking and mental disorders? *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 100 (5), 439-446.
- Cohen, S., & Pressman, S. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 122–125. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00420.x>

- Colina, R.M. & Pettit, J.W. (2014). Perceived burdensomeness and suicide-related behaviors in clinical samples: current evidence and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 70 (7), 631-43. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22071>
- Colman, N., Nahm, K., Ganzeboom, K.S., Shen, W.K., Reitsma, J., Linzer, M., ... Kaufmann H. (2004). Epidemiology of reflex syncope. *Clinical Autonomic Research*, 14 Suppl 1, 9-17. <http://dx.doi.org/10.1007/s10286-004-1003-3>
- Colucci, E. & Martin, G (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide and life-threatening behavior*, 38 (2), 229-244.
- Comtois, K.A. (2002). A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatric Services*, 53 (9), 1138–1144.
- Cooper, J., Kapur, M.D., Webb, R. Lawlor, Guthrie, E., Psych, M.R.C., ... Psych, F.R.C. (2005). Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (2), 207-303.
- Connor, K.M., & Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>
- Connor, K.M. & Zhang, W. (2006). Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. Resilience: determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS Spectrums*, 11(10 Suppl 12), 5-12.
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F. & Reda, M.A. (2010). Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical Practice and Epidemiology in mental health*, 14, 25-29. <http://dx.doi.org/10.2174/1745017901006010025>
- Corcoran, J.A., R. Syvitski, D. Top, R.M. Epan, R.F. Epan, D. Jakeman, & R. Duncan. (2004). Myristoylation, a protruding loop, and structural plasticity are essential features of a nonenveloped virus fusion peptide motif. *The Journal of Biological Chemistry*, 279 (49), 51386-51394. <http://dx.doi.org/10.1074/jbc.M406990200>
- Córdoba-Doña, J.A., San Sebastián, M., Escolar-Pujolar, A., Martínez-Faure, J.E. & Gustafsson, P.E. (2014). Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia (Southern Spain). *International Journal for Equity in Health*, 13 (2), 55.

- Comeche, M. I., Díaz, M. & Vallejo, M. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales* [Questionnaires, inventories and scales. Anxiety, depression and social skills]. Madrid: Universidad-Empresa.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844
- Currier, D. & Mann, J.J. (2008). Stress, genes and the biology of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31 (2), 247-269.
- Cutter, S., Barnes, L., Berry, M., Burton, C., Evans, E., Tate, E. & Webb, J. (2008). *A place-based model for understanding community resilience to natural disasters*. Columbia: Global Environmental Change. Department of Geography and Hazards & Vulnerability Research Institute, University of South Carolina.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2008.07.013>
- Cyrułnik, B. (2005) *Bajo el signo del vínculo* [Under the sign of the link]. Madrid: Editorial Gedisa.
- Cyrułnik, (2009). *Resilience: How your inner strength can set you free from the past*. United Kindong: Penguin books.
- Damasio, B. F., Borsa, J. C. & da Silva, J. P. (2011). 14-Item Resilience Scale (RS-14): Psychometric properties of the Brazilian version. *Journal of Nursing Measurement*, 19, 131-145. <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.19.3.131>
- De la Torre, C. & Godoy, A. (2004). Diferencias individuales en las atribuciones Causales de los docentes y su influencia en el componente afectivo [Individual differences in causal attributions of teachers and their influence on the affective component]. *Interamerican Journal of Psychology*, 38 (2), 217-224.
- De Miguel-Bouzas, J.C., Castro-Tubío, E., Bermejo-Barrera, A.M., Fernández-Gómez, P., Estévez-Núñez, J.C. & Tabernero-Duque, M.J. (2012). Epidemiological study of acute poisoning cases treated at a Galician hospital between 2005 and 2008. *Adicciones*, 24 (3), 239-46
- Del Águila, M. (2003). *Niveles de resiliencia en adolescentes según género y nivel socioeconómico* [Levels of resilience in adolescents by gender and

- socioeconomic status]. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Perú.
- Dedonno, M., & Fagan, J. (2013). The influence of family attributes on college students' academic self-concept. *North American Journal of Psychology*, *15*(1), 49-62
- Dent, R.J. & Cameron, R.J.S. (2003) Developing resilience in children who are in public care: the educational psychology perspective. *Educational Psychology in Practice*. *19*, 1, 3-20 <http://dx.doi.org/10.1080/0266736032000061170>
- Dervic, K., Oquendo, M.A., Grunebaum, M.F., Ellis, S. Burke, A.K., & Mann, J.J. (2004). Religious Affiliation and Suicide Attempt. *American Psychiatric Association*, *161* (12), 2303–2308.
- Diaconu, G. & Turecki, G. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: evidence for a positive association in a sample of depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, *70* (11), 1551-1556.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68* (2), 653–663. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.653>
- Dieserud, G., Røysamb, E., Braverman, M. T., Dalgard, O., & Ekeberg, Ø. (2003). Predicating repetition of suicide attempt: A prospective study of 50 suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, *7* (1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1080/13811110301571>
- Dinsmore, D.L., Alexander, P.A. & Loughlin, S.M. (2008). Focusing the conceptual lens on metacognition, self-regulation, and self-regulated learning. *Educational Psychology Review*, *20*, 391-409.
- Donnon, T., Hammond, W. & Charles, G. (2003). Youth resiliency: assessing students' capacity for success at school. *Teaching and Learning*, *3*, 23-28
- Donnon, T. & Hammond, W. (2007). A psychometric assessment of the self reported youth resiliency assessing developmental strengths questionnaire. *Psychological Reports*, *100*, 963-978.
- Doris, A., Belton, E., Ebmeier, K.P., Glabus, M.F. & Marshall, I. (2004) Reduction of cingulate gray matter density in poor outcome bipolar illness. *Psychiatric Research*, *130* (2), 153–159.

- Dreyer, L., Kendall, S., Danneskiold-Samsøe, B., Bartels, E.M., & Bliddal, H. (2010). Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: increased frequency of suicide. *Arthritis Rheum*, 6 (10), 3101.
- Drum, D.J. & Denmark, A.B. (2012). Campus suicide prevention: bridging paradigms and forging partnerships. *Harvard Review of Psychiatry*. 20 (4), 209-21.
<http://dx.doi.org/10.3109/10673229.2012.712841>
- Dua, J.K. (1994). Comparative predictive value of attributional style, negative affect, and positive affect in predicting self-reported physical health and psychological health. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (7), 669-680.
[http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90019-1](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)90019-1)
- Dublin, L. (1963). *Suicide: a sociological and statistical study*. New York: Ronald Press.
- Duckworth, A.L. & Seligman, M. (2005). Discipline Outdoes IQ in Predicting Academic Performance of Adolescents. *Psychological Science*, 16 (12), 939-944.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01641.x>
- Dumais, A., Lesage, A.D., Phil, M., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., ... Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (11), 2116-2124.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2116>
- Dunn, A.J. & Swiergiel A.H. (2008). The role of corticotropin-releasing factor and noradrenaline in stress-related responses, and the inter-relationships between the two systems. *European Journal of Pharmacology*, 583 (2-3), 186-93.
- Durkheim, E. (1897). *Le Suicide*. Paris: Alcan.
- Durkheim, E. (2003). *El Suicidio*. Buenos Aires: Losada (Orig. 1897)
- Easterbrooks, M.A., Chaudhuri, J.H., Dym, J., & Copeman, A. (2011). Resilience in parenting among young mothers: Family and ecological risks and opportunities. *Children and Youth Services Review*, 33, 42-50.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.08.010>
- Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja [Evaluation of a treatment program in prison men convicted of serious

- violence against the couple]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (1), 5-20.
- Edwards, M.J. & Holden, R.R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: examining gender differences. *Journal Clinical Psychology*, 57 (12), 1517–1534. <http://dx.doi.org/10.1002/iclp.10206>
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Reiser, M., Cumberland, A., Shepard, S. A., ... Thompson M. (2004). The relations of effortful control and impulsivity to children's resiliency and adjustment. *Child Development*, 75, 25–46.
- Elliott, J.L. & Frude, N. (2001). Stress, coping styles, and hopelessness in self-poisoners. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22 (1), 20-26. <http://dx.doi.org/10.1027//0227-5910.22.1.20>
- Ellis, T.E. & Rutherford, B. (2008). Cognition and Suicide: Two decades of progress. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1 (1), 47–68.
- Erickson, S.J. & Feldstein, S.W. (2007). Adolescent humor and its relationship to coping, defense strategies, psychological distress, and well-being. *Child Psychiatry and Human Development*, 37 (3), 255-271 <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-006-0034-5>
- Eriksson, I., Cater, Å., Andershed, A.K. & Andershed, H. (2010). What we know and need to know about factors that protect youth from problems: A review of previous reviews. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 477–482 <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.127>
- Escobar, J. & Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización [Content validity and expert judgment: an approach to use]. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- España, A. & Fernández, C. (2010). Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas [Hospital Emergency Protocol to suicidal behavior]. *Revista Médica de Jaén*, 1 (1), 29-32
- European Statistical Office of the European Commission-Eurostat. (2009). *Population and social conditions: Who dies of what in Europe before the age of 65?* Brussels: European Commission.

- European Statistical Office of the European Commission-Eurostat (2015). *Harmonised unemployment rate by sex*. Available in <http://ec.europa.eu/eurostat/>
- Evans, W.P., Owens, P. & Marsh, S.C. (2005). Environmental factors, locus of control and adolescent suicide risk. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22 (3), 301-319. <http://dx.doi.org/10.1007/s10560-005-0013-x>
- Everall, R., Altrows, J. & Paulson, B. (2006). Creating a Future: A study of Resilience in Suicidal Female Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84 (4), 461-470. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00430.x>
- Ewart, C., Jorgensen, R., Suchday, S., Chen, E. & Matthews, K. (2002). Measuring stress resilience and coping in vulnerable youth: The social competence interview. *Psychological Assessment*, 14, 339-352. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.14.3.339>
- Fairweather-Schmidt, A.K., Anstey, K.J., Salim, A., & Rodgers, B. (2010). Baseline factors predictive of serious suicidality at follow-up: Findings focussing on age and gender from a community-based study. *BMC Psychiatry*, 10 (2), 41.
- Fang, Z., Zhao, M., Zhen, H., Chen, L., Shi, P. & Huang, Z. (2014) Genotoxicity of tri- and hexavalent chromium compounds in vivo and their modes of action on DNA damage in vitro. *PLoS One* 9 (8), e103194. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0103194>
- Fang, Q., Freedenthal, S. & Osman, A. (2015) Validation of the suicide resilience inventory-25 with American and Chinese college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 45 (1), 51-64 <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12108>
- Feddes, A.R., Mann, L. & Doos, B (2015). Increasing self-esteem and empathy to prevent violent radicalization: a longitudinal quantitative evaluation of a resilience training focused on adolescents with a dual identity. *Journal of Applied Social Psychology*, 45 (7), 400–411. <http://dx.doi.org/10.1111/jasp.12307>
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publichealth.26.021304.144357>

- Fergusson, D.M., Woorward, L.J. & Horwood, L.J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30 (1), 23-39. <http://dx.doi.org/10.1017/S003329179900135X>
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J & Beautrais, A.L. (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction*, 98 (12), 1681-92. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00573.x>
- Fergusson, D.M., Ergusson, A.L., Beautrais, A.L. & Horwood, L.J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33 (1), 61–73.
- Fernández-Prieto, M. (2001). *Análisis comparativo entre el estilo atribucional y la autoestima en pacientes delirantes y depresivos* [Comparative analysis between attributional style and self-esteem and depressive delirious patients]. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Granada.
- Fernández, R., Pera, F.J., & Fernández, E. (2012). La valoración del riesgo autolítico y sus repercusiones médico-legales [Autolytic risk assessment and its impact medicolegal]. *Revista Española de Medicina Legal*, 38 (4), 155-160
- Fernandes de Oliveira, M., Campos, F., Nishikuni, K., Vieira, R., Moura, A. & Marcus, J. (2012). Revisiting hydrocephalus as a model to study brain resilience. *Frontiers in Human Neuroscience*, 51, 11-14 <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2011.00181>
- Ferrando, P.J. & Lorenzo-Seva, U. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: algunas consideraciones adicionales. *Anales de Psicología*, 30, 3, 1170-1175 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199991>
- Ferrando, P.J. & Anguiano-Carrasco, C (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles de Psicólogo*, 31 (1), 18-33
- Fleischmann, A. (2008). *World Suicide Prevention Day, 10 September 2008: Think Globally, Plan Nationally, Act Locally*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva. WHO. Available in http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd_2008_statement.pdf

- Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N.J., ... Thi Thanhk, H.T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (9), 703-709.
- Fleming, J. & R. J. Ledogar. 2008. Resilience, an evolving concept: a review of literature relevant to Aboriginal research. *Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* 6, (2), 7-23.
- Fliege, H., Lee, J.R., Grimm, A. & Klapp, B.F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66 (6), 477-493.
- Flury, B. & Riedwyl, H (1988). Reviewed Work: Multivariate Statistics: A Practical Approach by Bernhard Flury, Hans Riedwyl (Review by: David Kaplan). *Journal of Educational Statistics*, 15, (2) (1990), pp. 171-174. Published by: American Educational Research Association and American Statistical Association. <http://dx.doi.org/10.2307/1164768>
- Forés, A & Grané, J (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad* [The resilience. Grow from adversity]. Barcelona: Plataforma actual.
- Ford, M.B. & Collins, N.L. (2010). Self-Esteem moderates neuroendocrine and psychological responses to interpersonal rejection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98 (3), 405–419. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017345>
- Fortune, S., Sinclair, J. & Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in england. *BMC Public Health*, 8, 369. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-8-369>
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2 (3), 300–319 <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H. & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (2), 65-76. <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.143>
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of*

- Methods in Psychiatric Research*, 14 (1), 29-42.
<http://dx.doi.org/10.1002/mpr.15>
- Fridell, M. (1996), *Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare*. Estocolmo: Socialstyrelsen
- Friedman, E.M., Hayney, M.S., Love, G.D., Urry, H.L., Rosenkranz, M.A., Davidson, R.J., ... Ryff, C.D. (2005). Social relationships, sleep quality, and interleukin-6 in aging women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102 (51), 18757-18762.
<http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0509281102>
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilaguta, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A. ... Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD [Prevalence and risk factors of ideas, plans and suicide attempts in the Spanish general population. Results of the study ESEMeD]. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 12, 494-500
- Galen, R.S. & Gambino, S.R. (1975). Letter: Creatine kinase isoenzyme MB and heart disease. *Clinical Chemistry*, 21 (12), 1848-1850
- Ganz, D., Braquehais, M.D. & Sher, L. (2010). Secondary Prevention of Suicide. *Plos Medicine*, 7 (6), 1-4. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000271>
- García, J. & Días, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas [Relational analysis between protective factors, resilience, self-regulation and drug use]. *Salud y drogas*, 7(2), 309-332.
- García-León, A. & Reyes del Paso, G.A. (2008). Early risk factors for coronary artery disease. En S.Y. Bhave y S. Saini (Eds.): *AHA-Syndrome and Cardiovascular Diseases* (pp 185-199). New Delhi, India: Anamaya Publishers
- García-Martín, A. F., Rodríguez-García, M., Albarrán, M. E. & Santiago, A. (2010). Factores de riesgo psicopatológico en la tentativa suicida [Psychopathological risk factors in suicide attempt]. *Revista de la Escuela de Medicina Legal de la Universidad Complutense de Madrid*, 14 (1), 26-34.

- García-Nieto, R., Parra-Urbe, I., Palao, D., Lopez-Castroman, J., Saiz, P.A., García Portilla, M.P., ... Grupo GEICS. (2012). Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores [Brief assessment protocol suicide reliability interexaminer]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 24-36.
- García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz, M. & Baca-García, E (2013). Traducción y validación de la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview en población española con conducta suicida [Translation and validation of the Self-injurious Thoughts and Behaviors Interview in Spanish population with suicidal behavior]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6 (3), 101-108.
- García-Valencia, J., Palacios, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J. & López, M. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: Un estudio de autopsia psicológica en Medellín Colombia [Adverse life events and suicide: A psychological autopsy study in Medellin Colombia]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 11-28.
- García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica [Theoretical development and application resilience in adverse situations: An analytical review]. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), 63-77.
- Gardner, T. W., Dishion, T. J., & Connell, A. M. (2008). Adolescent self-regulation as resilience: Resistance to antisocial behavior in the deviant peer context. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 273–284. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-007-9176-6>
- Garnezy, N. (1970). Process and reactive schizophrenia: Some conceptions and issues. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 30–74.
- Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 101-116. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1971.tb01111.x>
- Garnezy, N. (1974). Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 14-90.

- Garnezy N. (1985). The NIMH-Israeli high-risk study: Commendation, comments, and cautions. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 349–353.
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/11.3.349>
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, (4) 416-430.
<http://dx.doi.org/10.1177/0002764291034004003>
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garnezy, N. & Masten, A.S. (1994). *Chronic adversities*. Oxford: Pergamon Press.
- Garnezy, N. (1995). Development and adaptation: The contributions of the MacArthur Foundation and William Bevan. In: Kessel F, editor. *Psychology, science, and human affairs: Essays in honor of William Bevan* (pp. 109–124). Boulder, CO: Westview Press
- Gardner, T.W., Dishion, T.J. & Connell, A.M. (2008). Adolescent Self-Regulation as Resilience: Resistance to Antisocial Behavior within the Deviant Peer Context. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (2), 273-284.
- Gaxiola, J., González, S., Domínguez, M. & Gaxiola, E. (2013). Autorregulación, metas y rendimiento académico en bachilleres con disposiciones resilientes y no resilientes [Self-regulation, goals and academic performance in high school with resilient and non resilient provisions]. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 47 (1), 71-82.
- Gerbing, D. W., & Hamilton, J. G. (1996). Viability of exploratory factor analysis as a precursor to confirmatory factor analysis. *Structural Equation Modeling*, 3, 62–72.
- Gibbs, P.E., McDonald, J., Woodgate, R. & Lawrence, C.W. (2005). The relative roles in vivo of *Saccharomyces cerevisiae* Pol eta, Pol zeta, Rev1 protein and Pol32 in the bypass and mutation induction of an abasic site, T-T (6-4) photoadduct and T-T cis-syn cyclobutane dimer. *Genetics*, 169 (2), 575-82
- Gil, F. & León, J.M. (1992). *Habilidades sociales y salud [Social skills and health]*, Madrid: Eudema

- Giménez, M., Vázquez, C., & Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad [The analysis of psychological strengths in adolescence: Beyond vulnerability models]. *Psicología, Sociedad y Educación*, 2, 83-100
- Giner, L., Jausset, I., Olié, E., Béziat, S., Guillaume, S., Baca-Garcia, E., ... Courtet, P. (2014). Violent and Serious Suicide Attempters: One Step Closer to Suicide? *Journal of Clinical Psychiatry*, 75 (00), 000–000, <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13m08524>
- Giménez, M., Vázquez, C. & Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad [The analysis of psychological strengths in adolescence: Beyond vulnerability models]. *Psychology, Society and Education*, 2, 83-100
- Goldstein, S., Brooks, R. y DeVries, M. (2013). Traslating resilience theory for application with children and adolescents by parents, teachers, and mental health professionals. In S. Prince-Embury, Resilience in children, adolescents, and adults. Traslating research into practice (pp 73-90). New York: Springer.
- Gómez, A., Barrera, A., Jaar, E., Stepke, L., Nudez, C. & Orellana, G. (1995). Comorbilidad psiquiátrica en mujeres con intento de suicidio [Psychiatric comorbidity in women with attempted suicide]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22 (1), 10-17.
- González-Arratia, L.F. & Valdez-Medina, J.L. (2006). *Resiliencia en niños huérfanos y de familias integradas* [Resilience orphans and integrated families]. Memorias del XXXIII Congreso Nacional del CNEIP. Veracruz, Ver., México.
- González-Navarro, M. D., Lorenzo-Román, M. I., Luna-Maldonado, A., Gómez-Zapata, M., Imbernón-Pardo, E., & Ruiz-Riquelme, J. (2012). Análisis de los intentos de autolisis en un área de salud (2008-2010) [Study of sociodemographic and psychopathological risk factors in suicide attempts (2008-2010)]. *SEMERGEN – Medicina de Familia*, 38(7), 439-444. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.02.004>

- Goodwin, R.D. & Marusic, A. (2011). Perception of health, suicidal ideation, and suicide attempt among adults in the community. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000271>
- Gorlyn, M. (2005). Impulsivity in the prediction of suicidal behavior in adolescent populations. *Internacional Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17 (3), 205-209. <http://dx.doi.org/10.1515/IJAMH.2005.17.3.205>
- Glantz, M.D. & Johnson, J.L. (1999). *Resiliency and development: Positive life adaptations*. New York: Plenum
- Glonti, K , Gordeev, V.S , Goryakin, Y. , Reeves., U., Stuckler, D., McKee, M. & Roberts B . (2015). A systematic review on health resilience to economic crises. *PLoS One*, 10 (4), e0123117. <http://dx.doi.org/10.1371>
- Gooding, P.A., Hurst, A., Johnson, J. & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 262–270 <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2712>
- Gottesman, I.I. & Gould, T.D. (2003). The endophenotype concept in psychiatry: Etymology and strategic intentions. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (4), 636–645.
- Gradus, J.L., Qin, P., Lincoln, A.K., Millar, M., Lawler, E. & Lash, T.L. (2010). The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clinical Epidemiology*, 2 (1), 23-28.
- Gradus, J.L. Qin, P., Lincoln, A.K. Miller, M., Lawler, E., Sørensen, H.T. & Lash, T.L. (2010a). Posttraumatic stress disorder and completed suicide. *American Journal of Epidemiology*, 171 (6), 721-727.
- Gradus, J. L. Qin, P., Lincoln, A.K. Miller, M., Lawler, E., Sørensen, H.T. & Lash, T.L. (2010b). Acute stress reaction and completed suicide. Available in <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/dyq112v1>
- Gramkowski, B., Kools, S., Paul, S., Boyer, C.B., Monasterio, E. ,& Robbins, N. (2009). Health risk behavior of youth in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(2), 77-85 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2009.00176.x>

- Greidanus, E. & Everall, R.D. (2010). Helper therapy in an online suicide prevention community. *British Journal of Guidance and Counselling*, 38 (2), 191-204. <http://dx.doi.org/10.1080/03069881003600991>
- Grotberg, E. (1995). *Fortaleciendo el espíritu humano* [Strengthening the human spirit]. La Haya: Fundación Bernard van Leer.
- Grotberg, E. (2003). *Resilience for today: gaining strength from adversity*. Westport, CT: Praeger, Available in <http://www.questia.com>
- Guerra, J., Lerma, A., Haramburu, M. & Escalante, M. (2010). *Psicología de emergencias: ¿Qué se puede hacer ante una amenaza de suicidio?: Protocolo psicológico de actuación* [Emergency psychology: What can be done to a threat of suicide?: psychological Action Protocol]. Comunicación presentada en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría de Palmanova de Calvià. Mallorca.
- Guibert, W (2002). Epidemiología de la conducta suicida. *Revista cubana Medicina General Integral*, 18 (2). Available in http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi07202.htm
- Guillemin, F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian Journal Rheumatology*, 24, 61-63
- Gunderson, M.D. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *American Journal Psychiatry*, 166, (5), 530-539. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>
- Gunnell, D.J. (2000). The epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry*, 12 (1), 21-27.
- Gunnell, D., Saperia, J. & Ashby, D. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *British Medical Journal*, 330 (1), 1-5.
- Guo, B. & Harstall, C. (2004). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Available in <http://www.euro.who.int/Document/E83583.pdf>

- Gutiérrez, A.G., Conteras, C.M. & Orozco, R.C. (2006). El suicidio: conceptos actuales [Suicide: Current Concepts]. *Salud Mental*, 29 (5), 66-74.
- Gutierrez, P.M., Freedenthal, S., Wong, J.L., Osman, A. & Norizuki, T. (2011). Validation of the Suicide Resilience Inventory-25 (SRI-25) in adolescent psychiatric inpatient samples. *Journal of Personality Assessment*, 94 (1), 53-61.
- Gutierrez, P.M., Freedenthal, S., Wong, J.L., Osman, A., & Norizuki, T. (2012). Validation of the Suicide Resilience Inventory-25 (SRI-25) in adolescent psychiatric inpatient samples. *Journal of Personality Assessment*, 94 (1), 53-61
<http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2011.608755>
- Halfon, N., Labelle, R., Cohen, D., Guilé, J.M. & Breton, J.J. (2013). Juvenile bipolar disorder and suicidality: a review of the last 10 years of literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22 (3), 139-51.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00787-012-0328-z>
- Hall, R., Platt, D. E., & Hall, R. (1999). Suicide risk assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. *Psychosomatics*, 40 (1), 18-27.
- Hamza, C.A., Stewart, S.L. & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review* 32, 482-495
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Hankin, B.L. & Abela, J.R.Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186 (1), 65-70 <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.056>
- Hancock, G. R., & Mueller, R. O. (Eds.). (2010). *The reviewer's guide to quantitative methods in the social sciences*. New York: Routledge
- Harman, H. H. (1962). *Modern factor analysis (2nd ed.)*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Harris, K. (2011) *Resilience in Practice: Operationalising the Ten Characteristics of Resilience through the Case of Greening Darfur. Strengthening Climate Resilience Discussion Paper 10*. Brighton (U.K.): Institute of Development Studies

- Harth, W., Hillert, A., Hermes, B., Seikowski, K., Niemeier, V. & Freudenmann, R.W. (2009). Suicidal behavior in dermatology. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*, 59 (4), 289-296.
- Hartwick, J. & Barki, H. (1994). Explaining the role of user participation in information system use. *Management Science*, 40, 440-465. <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.40.4.440>
- Harvey, J. & Liebling, A. (2001). Suicide et tentatives de suicide en prison: vulnérabilité, ostracisme et soutien social. *Criminologie*, 34 (2), 57-83.
- Hauser, S.T. (1999). Understanding resilient outcomes: Adolescent lives across time and generations. *Journal of Research on Adolescence*, 9 (1), 1-24.
- Haynes, S., Richard, D., & Kubany, E. (1995). Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Methods. *Psychological Assessment*, 7 (3), 238-247. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>
- Hawkins, M.T. & Miller, R.J. (2003). Cognitive vulnerability and resilience to depressed mood. *Australian Journal of Psychology*, 55 (3), 176–183. <http://dx.doi.org/10.1080/0004953042000298642>
- Hawton, K., Casanas i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3), 17-28 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325 (7374), 1207–1211.
- Hawton, K. & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373 (9672), 1372-1381.
- Hawton, K., Saunders, K.E.A. & O'Connor, R.C. (2012). Autolesiones y el suicidio en adolescentes [Self harm and suicide in teenagers]. *Lancet*, 379 (2), 2373-2382 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Heikkinen, M.E., Aro, H., & Lonnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (377), 65-72. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05805.x>

- Heilemann, M.V., Lee, K., & Kury, F.S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11, 61-72
<http://dx.doi.org/10.1891/jnum.11.1.61.52067>
- Hernández, R., Fernandez, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología en la investigación (4ª Ed.)*. Madrid: Mcgraw-Hill.
- Hibbard, J.H. & Pope, C.R. (1992). Women's employment, social support, and mortality. *Women and Health*, 18 (1), 119-133.
- Hirsch, J.K. & Conner, K.R. (2006). Dispositional and Explanatory Style Optimism as Potential Moderators of the Relationship Between Hopelessness and Suicidal Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (6), 661-669.
<http://dx.doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.661>
- Hirsch, J.K., Wolford, K., LaLonde, S.M., Brunk, L. & Parker-Morris, A. (2009). Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30 (1), 48–53. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.48>
- Hjemdal, O., Roazzi, A., da Graça-Dias, M. & Friborg, O. (2015). The cross-cultural validity of the Resilience Scale for Adults: a comparison between Norway and Brazil. *BMC Psychol*, 3 (1), 18.. <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-015-0076-1>
- Hoge, E.A., Austin, E.D. & Pollack, M.H. (2007). Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24 (2), 139-152. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20175>
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, M.K., Gronert, M.K., Sison, A., Leder-berg, M., ... Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in Life-Threatening Illness. *Psychooncology*, 7, 460-469
[http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6%3C460::AID-PON328%3E3.0.CO;2-R](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6%3C460::AID-PON328%3E3.0.CO;2-R)
- Holling, C.S. (1973). Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology and Systematics* 4, 1-23.
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.es.04.110173.000245>
- Holma, K.M., Melartin, T.K., Haukka, J., Holma, I.A.K., Sokero, T.P. & Isometsä, E.T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM–IV major

- depressive disorder: A five-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 167 (7), 801-808 <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09050627>
- Hor, K. & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacol.* 24 (4Suppl), 81-90. <http://dx.doi.org/10.1177/1359786810385490>.
- House, J.S., Umberson, D. & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14 (1), 293-318. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
- Hua, L. & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6 (1), 1-55 <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hurtes, K. P., & Allen, L. R. (2001). Measuring resiliency in youth: The resiliency attitudes and skills profile. *Therapeutic Recreation Journal*, 35 (4), 333-347.
- Huisman, A., Kerkhof, A.J. & Robben, P.B. (2011). Suicides in users of mental health care services: treatment characteristics and hindsight reflections. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 41 (1), 41-9 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.2010.00015.x>
- Husain, N., Chaudhry, N., Durairaj, S.V., Chaudhry, I., Khan, S., Husain, M., ... Waheed, W (2011). Prevention of: self harm in British South Asian women: study protocol of an exploratory RCT of culturally adapted manual assisted Problem Solving Training (C- MAP). *BioMed Central (Trials)*, 12, 159
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., ... Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 66-78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.048>
- Infante, F. (2002). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En: A., Melillo & N. Suárez (Comp.) *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas* [Resilience: Exploring own strengths] (pp. 56-69). Buenos Aires: Paidós

- Inouea, K., Nishimurab, Y., Nishidac, A., Fukunagad, T., Masakie, M., Fujitaf, Y., ... Onoa, Y. (2010). Relationships between suicide and three economic factors in South Korea. *Journal Legal Medicine*, 12 (2), 100-101.
- Instituto Nacional de Estadística-I.N.E. (2015). Estadísticas de suicidio en España en 2013 [Suicide statistics in Spain 2013]. Available in <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- International Association for Suicide Prevention (IASP) (2010). *Día Mundial de la Prevención del Suicidio-10 de Septiembre de 2010* [World Day for Prevention of Suicide-September 10, 2010]. Available in <http://www.iasp.info/>
- Isometsä, E.T. & Lönnqvist, J.K. (1998). Suicide Attempts Preceding Completed Suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 173 (6), 531-535.
- Jennrich, R. I. (1979). Admissible values of gamma in direct oblimin rotation. *Psychometrika*, 44, 173-177.
- Jia-In, L., Ming-Been, L., Shih-Cheng, L., Chia-Ming, Ch., Suz-Chieh, S., Hung-Chi, Ch. & Chuan-Wan, T. (2010). Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109 (2), 138-147.
- Jiang, Y., Kent, D. & Hesser, J.E. (2010). Suicide patterns and association with predictors among Rhode island public high school students: a latent class analysis. *American Journal of Public Health*, 15 (3), 27-36. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.183483>
- Jiménez, L., Sáiz, P.A. & Bobes, J. (2006). Suicidio y depresión [Suicide and depression]. *Humanitas*, 9 (1), 1-16.
- Jiménez-Pietropaolo, J., Martín-Ulloa, S., Pacheco-Tabuenca, T., Pérez-Íñigo, J.L., Robles-Sánchez, J.I., Santiago-García, P & Torras-García, A. (2011). *Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida* [Guide for family. Detection and prevention of suicidal behavior]. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Jiménez-Treviño, L., Saiz, P. A., Corcoran, P., Burón, P., García-Portilla, M. P., & Chinea, E. R. ... Bobes, J. (2012). Factors associated with hospitalization after suicide spectrum behaviours: Results from a multicentre study in Spain. Oviedo: Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo.

- Jobes, D. A., & Mann, R. E. (1999). Reasons for living versus reason for dying: Examining the internal debate of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(2), 97-104.
- Johnson, J., Crofton, A. & Feinstein, S. (1996). Enhancing attributional style and positive life events predict increased hopefulness among depressed psychiatric inpatients. *Motivation and Emotion*, 20, 285-296.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF02856519>
- Johnson, B.A., Brent, D.A., Bridge, J. & Connolly, J. (1998). The familial aggregation of adolescent suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97 (1), 18–24.
- Johnson, J., Gooding, P., & Tarrrier, N. (2008). Suicide risk in schizophrenia: explanatory models and clinical implications, the schematic appraisal model of suicide (SAMS). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 55-77
- Johnson, J., Gooding, P.A., Wood, A.M. & Tarrrier, N. (2010a). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48 (3), 179–186.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.10.007>
- Johnson, J., Gooding, P.A., Wood, A.M., Taylor, P.J., Pratta, D. & Tarrrier, N. (2010b). Resilience to suicidal ideation in psychosis: Positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (9), 883-889.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.013>
- Johnson, J., Gooding, P.A., Wood, A., M. Fair, K.L. & Tarrrier, N. (2013). A Therapeutic Tool for Boosting Mood: The Broad-Minded Affective Coping Procedure (BMAC). *Cognitive Therapy and Research*, 37 (1), 61-70
<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9453-8>
- Joiner, T.E. (2005). *¿Por qué la gente muere por suicidio?* [Why people die by suicide?]. Cambridge, MA: University Press.
- Joiner, T.E., Brown, J.S. & Wingate, L.R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review Psychology*, 56 (1), 287-314.
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320>

- Jovell, A. J. (1995). *Análisis de regresión logística* [Análisis de regresión logística]. Madrid: Cuadernos Metodológicos.
- Jöreskog, K.G. & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156
<http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kalmar, S. (2013). The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors. *Neuropsychopharmacol Hung*, 15 (1), 27-39.
- Kamen, L.P. & Seligman, M.E.P. (2007). Explanatory style and health. *Behavioral Science*, 6 (3), 207-218. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02686648>
- Kaplan, H.B. (1999). Toward an Understanding of Resilience: A Critical Review of Definitions and Models. In M.D. Glantz & J.L. Johnson, *Resilience and Development. Positive Life Adaptations* (pp. 17-84). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. http://dx.doi.org/10.1007/0-306-47167-1_3
- Kaplan, H.B. (2005). Understanding the concept of resilience. In S. Goldstein y R.B. Brooks (Eds). *Handbook of resilience in children* (pp 39-47). New York: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/0-306-48572-9_3
- Kaplan, H.B. (2013). Reconceptualizing Resilience. In S. Goldstein y R.B. Brooks (Eds). *Handbook of resilience in children* (pp. 39-56). New York: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_3
- Kapur, N., Cooper, J., King-Hele, S., Webb, R., Lawlor, M., Rodway, C., & Appleby, L. (2006). The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (10), 1599-1609. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v67n1016>
- Karoly, P. (2012). Self-regulation. En W.T. O'Donohue & J.E. Fisher (Eds). *Cognitive Behavior Therapy: Core principles for practice* (pp.183-214). New Jersey: John Wiley & Sons
- Kassis, W., Artz, S., Scambor, C., Scambor, E., & Moldenhauer, S. (2013). Finding the way out: A non- dichotomous understanding of violence and depression

- resilience of adolescents who are exposed to family violence. *Child Abuse & Neglect*, 37, 181–199. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.11.001>
- Kavoussi, R., Armstead, P. & Coccaro, E. (1997). The neurobiology of impulsive aggression. *Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2), 395-403. [http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70319-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70319-1)
- Kelley, T. L. (1935). *Essential traits of mental life*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kelly, T.M., Soloff, P.H., Lynch, K.G., Haas, G.L., & Mann, J.J. (2000). Recent life events, social adjustment and suicide attempts in patients with major depression and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14 (4), 316-326. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.316>
- Kent, M., Davis, M.C. & Reich, J.W. (2014). *The Resilience Handbook: Approaches to stress and trauma*. Nueva York: Routledge Talyor & Francis Group,
- Kessler, R.C., Borge,s G. & Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 56, 617---26. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
- Kessler, R.C., Colpe, L.J., Fullerton, C.S., Gebler, N., Naifeh, J.A., Nock, M.K., ... Heeringa, S.G. (2013). Design of the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *International Journal of Methods Psychiatric Research*, 22 (4), 267-75. <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1401>
- Kleiman, E.M. & Beaver, J.K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210, 934–939.
- Khan, M.M., & Hyder, A. A. (2006). Suicides in the developing world: a case study from Pakistan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (1), 76–81.
- Khan, N.M., Naqvi, H., Thaver, D. & Prince, M. (2008). Epidemiology of suicide in Pakistan: determining rates in six cities. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39 (2) 227–230.
- Kigar, S.L. & Auger, A.P. (2015). Epigenetic Mechanisms may Underlie the Aetiology of Sex Differences in Mental Health Risk and Resilience. *Journal of Neuroendocrinology*, 25 (11), 1141–1150. <http://dx.doi.org/10.1111/jne.12074>
- Kilbane, E.J., Gokbayrak, N.S., Galynker, I., Cohen, L. & Tross, S. (2009). A review of panic and suicide in bipolar disorder: does comorbidity increase risk? *Journal of*

- Affective Disorders*, 115 (1-2), 1-10.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.09.014>
- King, L.A., Mattimore, L.K., King, D.W. & Adams, G.A. (1995). Family Support Inventory for Workers: a new measure of perceived social support from family members. *Journal of Organizational Behavior*, 16 (3), 235-258.
<http://dx.doi.org/10.1002/job.4030160306>
- Kirmayer, L.J. & Boothroyd, S. (1998). Hodgins Intento de suicidio entre los jóvenes inuit: correlatos psicosociales y las implicaciones para la prevención Hodgins [Attempted suicide among young Inuit: Psychosocial correlates and implications for prevention]. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43 (8), 816-822
- Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L. & Muller, K.E. (1988). *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*. PWS-KENT Publishing Company.
- Klimecki, O.M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex* 23, 7 (3), 1552–1561 <http://dx.doi.org/10.1093/cercor/bhs142>
- Klohn, E.C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1067–1079.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.5.1067>
- Knizek, B.L., Hjelmeland, H., Skruibis, P., Fartacek, R. Fekete, S., Gailiene, D. ... Rohrer, R.R. (2008). County Council Politicians' Attitudes Toward Suicide and Suicide Prevention: A Qualitative Cross-Cultural Study. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29 (3), 123–130.
- Kobasa, S.C. Maddi, S.R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>
- Koopmans, T. A., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., & Giltay, E. J. (2010). Effects of happiness on allcause mortality during 15 years of follow-up: The Arnhem elderly study. *Journal of Happiness Studies*, 11, 113-124.
- Kotliarenco, M.A. (1997). *La Resiliencia como adjetivación del proceso de desarrollo infantil* [Resilience as adjectives child development process]. Providencia: CEANIM.

- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia* [State of art in resilience]. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Kovess-Masfety, V., Boyd, A., Haro, J.M., Bruffaerts, R., Villagut, G., Lépine, J.P., ... ESEMeD/MHEDEA (2011). investigators. High and low suicidality in Europe: a fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys. *Journal Affective of Disorders*, 133 (1-2), 247-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.014>
- Kposowa, A.J. (2001). Unemployment and suicide: A cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*, 31 (1), 127-138.
- Kreitman, N. & Foster, J. (1991). The construction and selection of predictive scales, with special reference to parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 159, 185-92.
- Krysinska, K.E. (2003). Loss by suicide: A risk factor for suicidal behaviour. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41 (7), 34-47.
- Kumpfer, K.L. (1993). *Strengthening America's Families: Promising Parenting and Family Strategies for Delinquency Prevention. A User's Guide, Prepared for the U. S. Department of Justice under Grant No. 87-JS-CX-K495 from the Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*, Office of Juvenile Programs, U.S. Department of Justice.
- Kumpfer, K.L. & Alvarado, R. (2003). Family strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors, *American Psychologist*, 58,(6/7), 457-465. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.457>
- Kumpfer, K.L. & Summerhays, J.F. (2006). Prevention approaches to enhance resilience among high-risk youth: comments on the papers of Dishion & Connell and Greenberg. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 151-63. <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1376.014>
- Land, K.C. (1975). Theories, models and indicators of social change. *International Social Science Journal*, 27 (1), 7-37.

- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2005). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescents [Risk factors for suicidal behavior in children and adolescents]. *Revista Chilena de Pediatría*, 71, 183-91
- Law, K.C., Khazem, L.R. & Anestis, MD. (2015). The role of emotion dysregulation in suicide as considered through the ideation to action framework <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.014>
- Lawlor, P.G., Gagnon, B., Mancini, I.L., Pereira, J.L., Hanson, J., Suarez-Almazor, M.E. & Bruera, E.D. (2000). Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Archives of Internal Medicine*, 160 (6):786-94
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leavy, R.L. (1983). Social support and psychological disorder: a review. *Journal of Community Psychology*, 11 (1), 3-21. [http://dx.doi.org/10.1002/1520-6629\(198301\)11:1%3C3::AID-JCOP2290110102%3E3.0.CO;2-E](http://dx.doi.org/10.1002/1520-6629(198301)11:1%3C3::AID-JCOP2290110102%3E3.0.CO;2-E)
- LeBuffe, P.A., Shapiro, V.B. & Naglieri, J.A. (2009). *The Devereux Student Strengths Assessment (DESSA)*. Lewisville, NC: Kaplan Press.
- Lecomte, J. (2009). *La résilience: Se reconstruire après un traumatisme*. Paris: Rue D'ulm.
- Lee, S., Fung, S.C., Tsang, A., Liu, Z.R., Huang, Y.Q., He, Y.L.,... Kessler, R.C. (2007). Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (6), 429-437
- Lee, E.K.O., Shen, C. & Tran, T.V., (2009). Coping with Hurricane Katrina, psychological stress and resilience among African Americans evacuees. *Journal of Black Psychology*, 3, 5-23
- Lee, J.H., Budanov, A.V., Park, E.J., Birse, R., Kim, T.E., Perkins, G.A., ... Karin, M. (2010). Sestrin as a feedback inhibitor of TOR that prevents age-related pathologies. *Science* 327 (5970), 1223--1228.
- Lee, T. Y., Cheung, J.C.K. & Kwong, W.M. (2012). Resilience as a Positive Youth Development Construct: A Conceptual Review. *The Scientific World Journal*, 3 1-9. <http://dx.doi.org/10.1100/2012/390450>

- Lerner, R.M., Lerner, J.V., Bowers, E.P., Lewin-Bizan, S., Gestsdottir, S. & Urban, J.B. (2011). Thriving in Childhood and Adolescence: The Role of Self Regulation Processes. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 133.
- Lerner, R.M., Agans, J.P., Arbeit, M.R., Chase, P.A., Weiner, M.B., Schmid, K.L. & Warren, A.E. (2013). Resilience and Positive Youth Development: A Relational Developmental Systems Model. En S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in Children* (pp. 293-308). New York: Springer.
http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_17
- Lett, H. S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Strauman, T.J., Robins, C. & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67 (6), 869-878.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000188393.73571.0a>
- Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E. & Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An “impossible situation”. *Journal of Affective Disorders*, 111, 244–250.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.022>
- Limonero, J.T., Fernández, J., Soler-Oritja, J., & Álvarez-Moleiro, M., (2015). Emotional intelligence and recovering from induced negative emotional state. *Frontiers in Psychology*, 6: 816 <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00816>
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.2.276>
- Linley, P.A (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 601-610
<http://dx.doi.org/10.1023/B:JOTS.0000004086.64509.09>
- Liu, R.T. & Miller, I (2013). Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34 (3), 181-92
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.006>
- Lopez-Bernal, J.A. Gasparrini, A, Artundo, C.M. & McKee, M (2013). The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series

- analysis. *European Journal of Public Health*, 23, (5), 732–736.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt083>
- Lopez-Castroman, J., Gamez, D.D., Belloso, J.J., Fernandez-Navarro, P., Perez-Rodriguez, M.M., Villamor, I.B., ... Baca-Garcia E. (2010). Differences in maternal and paternal age between schizophrenia and other psychiatric disorders. *Schizophrenia Research*, 116 (2-3), 184-90
- Lopez-Castroman, J., Perez-Rodriguez, M.L. Jausent, I., Alegria, A.A., Artes-Rodriguez, A., Freed, P., ... European Research Consortium for Suicide (EURECA). (2011). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research* 45 (5), 619–25.
- Lopez-Castroman, J., Baca-Garcia, E., WORECA authors, Courtet, P-. & Oquendo, M.A. (2015a). A Cross-National Tool for Assessing and Studying Suicidal Behaviors. *Archives of Suicide Research*, 19 (3), 335-349.
<http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2014.981624>
- Lopez-Castroman, J. Mendez-Bustos, P., Perez-Fominaya, M., Villoria Borrego, L., Zamorano-Ibarra, M.J., Molina, C.A., ... Baca-Garcia, E. (2015b). Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos [Code 100: a study on suicidal behavior in public places]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43 (3), 142-8
- López-Cepero, J., Fernández, E. & Senín, C. (2009). Diez referencias destacadas en Psicología Positiva [Ten outstanding references in Positive Psychology]. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 49-55.
- López-Torrecillas, F., Martín, I. De la Fuente, E.I. & Godoy, J.F. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas [Attributional style and self-assertiveness as predictors of the severity of drug use]. *Psicothema*, 12 (2), 331-334.
- Lorenzo-Seva, U. (2013). *How to report the percentage of explained common variance in exploratory factor analysis. (Technical Report)*. Universitat Rovira i Virgili, Tarragon.
- Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P. (2012). Manual of the program FACTOR v. 10.3 Available in <http://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/>

- Lorenzo-Seva, U. (2013). *How to report the percentage of explained common variance in exploratory factor analysis*. (Technical Report). Universitat Rovira i Virgili, Tarragon
- Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P. J. (2013). FACTOR 9.2: A comprehensive program for fitting exploratory and semiconfirmatory factor analysis and IRT models, *Applied Psychological Measurement*, 37-6, 497-498. Available in <http://apm.sagepub.com>
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E. & Kiers, H. A. L. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46 (2), 340-364.
- Luthans, F., Avey, J.B., Avolio, B.J., Norman, S. & Combs, G. (2006). Psychological capital development: Toward a micro-intervention. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 387–393. <http://dx.doi.org/10.1002/job.373>
- Luthans, F., Avey, J.B. & Patera, J.L. (2008). Experimental analysis of a web-based intervention to develop positive psychological capital. *Academy of Management Learning and Education*, 7 (2), 209. <http://dx.doi.org/10.5465/AMLE.2008.32712618>
- Luthar, S.S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence - a review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6–22. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079218>
- Luthar, S.S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in the study of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441–453.
- Luthar, S.S. (1999). *Poverty and children's adjustment*. California: Sage: Newbury Park, CA: 1999.
- Luthar, S.S. & Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience. An overview. En M. Glantz & J. Johnson (Ed.). *Resilience and Development: Positive Life Adaptation*, (pp. 129-160). New York. Plenum
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

- Luthar, S.S. (2003). *La resiliencia y vulnerabilidad: la adaptación en el contexto de las adversidades de la infancia* [Resilience and Vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities]. Nueva York: Cambridge University Press.
- Luthar, S.S. & Zelazo, L.B. (2003). *Research on resilience. An integrative review*. Cambridge: Cambridge University Press.
<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511615788.023>
- Luthar, S.S. (2006). *Resilience in development: A synthesis of research across five decades*. New York: Wiley.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855.
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada [Exploratory factor analysis of the items: a practical guide, revised and updated]. *Anales de Psicología*, 30, 3, 1151-1169
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Macedo, T., Wilhelm, L., Gonçalves, R., Coutinho, E.S., Vilete, L., Figueira, I. & Ventura, P. (2014). Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC Psychiatry*, 14, 14:227.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0227-6>.
- Maddi, S.R., Harvey, R.H., Khoshaba, D.M., Lu, J.L., Persico, M. & Brow, M. (2006). The personality construct of hardiness, III: relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of Personality*, 74, 575–597. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00385.x>.
- Maimon, D. & Kuhl, D.C. (2008). "Social Control and Youth Suicidality: Situating Durkheim's Ideas in a Multilevel Framework." *American Sociological Review* 73 (6), 921-43 <http://dx.doi.org/10.1177/000312240807300603>
- Makhija, N.J. & Sher, L. (2007). Preventing suicide in adolescents with alcohol use disorders. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 19 (1), 53-59.

- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse* [Resilience: resist and rebuild] Barcelona: Gedisa
- Manderscheid, R.W., Ryff, C.D., Freeman, E.J., McKnight-Eily, L.R, Dhingra, S. & Strine, T.W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing Chronic Disease*, 7 (1), 1-6.
- Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L. & Malone, K.M. (1999). Hacia un modelo clínico de la conducta suicida en los pacientes psiquiátricos [Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients]. *American Journal of Psychiatry*, 156 (1), 181-189
- Mann, J.J., Brent, D. A. & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24 (5), 467-477.
- Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4 (10), 819-828.
- Mann, J., Apler, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *The Journal of the American Medical Association*, 294 (16), 2064-2074.
- Mann, J.J., Arango, V.A., Avenevoli, S., Brent, D.A., Champagne, F.A., Clayton, P., ... Wenzel, A. (2009). Candidate Endophenotypes for Genetic Studies of suicidal behaviour. *Biological Psychiatry*, 65 (7), 556-563.
- Manoranjitham, S.D. & Jayakaran, R. (2006). Suicide in India. *The British Journal of Psychiatry*, 188 (86), 83-90
- Manzano-García, G. & Ayala, J.C. (2013). Psychometric properties of Connor-Davidson Resilience Scale in a Spanish sample of entrepreneurs. *Psicothema*, 25, (2), 245-251 <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2012.183>
- Manzo, G.I. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural [Suicide from a cultural perspective socioeconomic]. *Cuicuilco*, 12 (33), 153-171.
- Manderscheid, R.W, Ryff, C.D., Freeman, E.J., McKnight-Eily, L.R, Dhingra, S. and Strine, T.W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing Chronic Disease*, 7 (1), 1-6.

- Marciano, P. & Kazdin, E. (1994). Self-esteem, depression, hopelessness, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23 (2), 151-160.
- Mardia, K.V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57 (3), 519–530. <http://dx.doi.org/10.1093/biomet/57.3.519>
- De Maris, R. W. (2002). Suicide. *The Lancet*, 360, 319–326. McAuliffe, C., Arensman, E., Keeley, H. S., Corcoran, P., & Fitzgerald, A. P. (2007). *Motives and suicide intent underlying hospital treated deliberate self-harm and their association with repetition*. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(4), 397-408. doi: 10.1521/suli.2007.37.4.397
- Martínez, M.L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva [The scientific study of transcendental strengths from Positive Psychology]. *Clinica y Salud*, 17 (3), 245-258
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G.A., García-León, A. & González-Jareño, M.I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés [Dispositional optimism / pessimism and stress coping strategies]. *Psicothema*, 18 (1), 66-72.
- Martínez-García, M.F. & García-Ramírez, M. (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social [The psychosocial perspective in the conceptualization of social support]. *Revista de Psicología Social*, 10 (1), 61-73.
- Masocco, M., Pompili, M., Vanacore, N., Innamorati, M., Lester, D., Paolo-Girardi, P., ... Vichi, M. (2010). Completed Suicide and Marital Status According to the Italian Region of Origin. *Psychiatric*, 81 (2), 57–71.
- Masten, A. & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. Lahey y A. Kazdin, (eds). *Advances in clinical child psychology* (pp. 1-52). New York: Plenum Press. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-9820-2_1
- Masten, A., Best, K. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425–444. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400005812>

- Masten, A.S. & Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environment. Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masten, A.S. (1999). *Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
http://dx.doi.org/10.1007/0-306-47167-1_15
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238
- Masten, A.S. (2004). Regulatory processes, risk and resilience in adolescent development. *Annals of the New York Academy of Science*, 1021, 310-19.
<http://dx.doi.org/10.1196/annals.1308.036>
- Masten, A. S., & Reed, M.-G. (2005). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74–88). New York, NY: Oxford University Press.
<http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0012>
- Masten, A. & Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27
<http://dx.doi.org/10.1196/annals.1376.003>
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921–930,
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579407000442>
- McGirr, A. & Turecki, G. (2007). The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Current Psychiatry Reports*, 9 (6), 460-466. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-007-0062-2>
- McGowan, P.O., Sasaki, A., Huang, T.C., Unterberger, A., Suderman, M., Ernst, C., ... Szyf, M. (2008). Promoter-wide hypermethylation of the ribosomal RNA gene promoter in the suicide brain. *The Public Library of Science-Plos. ONE*, 3 (5), 1-10.
- McLean, J., Maxwell, M., Platt, S. & Harris, F. (2008). *Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review*. Edinburgh: Scottish Government Social Research

- McMahon, E.M., Reulbach, U., Corcoran, P., Keeley, H.S., Perry, I.J. & Arensman, E. (2010). Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychological Medicine*, 8 (2), 1-9.
- McMahon, E.M., Corcoran, P., McAuliffe, C., Keeley, H., Perry, I.J. & Arensman, E. (2013). Mediating Effects of Coping Style on Associations Between Mental Health Factors and Self-Harm Among Adolescents. *Crisis*, 34, 242-250. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000188>
- Meadows, L.A., Kaslow, N.J., Thompson, M.P. & Jurkovic, G.J. (2005). Protective factors against suicide attempt risk among African-American women experiencing intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36 (1-2), 109-121. <http://dx.doi.org/10.1007/s10464-005-6236-3>
- Mejía, N., Soto, B., Guerrero, M., Casanueva, X., Houel, C., Miccono, M.A., ...Adam-Blondon, A.F. (2011). Molecular, genetic and transcriptional evidence for a role of VvAGL11 in stenospermocarpic seedlessness in grapevine. *BMC Plant Biology*, 11, 57 <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2229-11-57>
- Melillo, A. & Suárez, E. (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* [Resilience. Discovering one's strengths]. Buenos Aires: Paidós
- Melillo, A. & Suárez, E.N. (2005). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* [Resilience: discovering one's strengths] Buenos Aires: Paidós.
- Melillo, A., Estamatti, M. & Cuestas, A. (2001). Algunos fundamentos psicológicos del concepto resiliencia. En Melillo, Aldo & Suárez, Elbio (Comp.). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* [Resilience: discovering one's strengths] (pp. 83-102). Buenos Aires: Paidós.
- Melinder, K.A. & Andersson, R. (2001). The impact of structural factors on the injury rate in different European countries. *European Journal of Public Health*, 11 (3), 301.
- Mejías, Y., García-Caro, M.P., Schmidt, J., Quero, A. & Gorlat, B. (2011). Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada [Preliminary study on the characteristics of attempted suicide in the province of Granada]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 34, 431-41.

- Méndez-Bustos, P., López-Castroman, J., Baca-García, E., & Ceverino, A. (2013). Life Cycle and Suicidal Behavior among Women. *The Scientific World Journal*, 9. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/485851>
- Menezes de Lucena, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F., & Contador, I. (2006). Resiliencia y modelo de burn-out: Engagement en cuidadores formales de ancianos [Resilience and burnout model: Engagement in formal caregivers]. *Psicothema*, 18, 791-796
- Milner, A., Page, A. & LaMontagne, A.D. (2013). Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8, e51333.
- Milner, A., Hjelmeland, H., Arensman, E. & De Leo, D. (2013). Social-Environmental Factors and Suicide Mortality: A Narrative Review of over 200 Articles. *Sociology Mind*, 3 (2), 137-148, <http://dx.doi.org/10.4236/sm.2013.32021>
- Milner, A., Page, A., Morrell, S., Hobbs, C., Carter, G., Dudley, M., ... Taylor, R. (2014). The effects of involuntary job loss on suicide and suicide attempts among young adults: evidence from a matched case-control study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 4, 333-40. <http://dx.doi.org/10.1177/0004867414521502>.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad-MSPSI. (2011). *Guía de Práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida: Evaluación y Tratamiento* [Clinical practice guidelines for prevention and treatment of suicidal behavior: Assessment and Treatment]. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Miranda, R., Tsydes, A., Gallagher, M. & Rajappa K. (2013). Rumination and Hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 22 (4).1-10 <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-013-9524-5>
- Miret, M., Nuevo, R. & Ayuso-Mateos, J.L. (2009). Documentation of Suicide Risk Assessment in Clinical Records. *Psychiatric Services*, 60, 994
- Miret, M., Nuevo, R., Morant, C., Sainz-Corton, E., Jimenez-Arriero, M.A., Lopez-Ibor, J.J. & Ayuso-Mateos, J. (2010). Differences between younger and older adults in the structure of suicidal intent and its correlates. *The American Journal of*

Geriatric Psychiatry, 18 (9), 839-47.
<http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181d145b0>

Mirkovic, B., Labelle, R., Guilé, J.M., Belloncle, V., Bodeau, N., Knafo, A., ... Priscille Gérardin, P., (2015). Coping Skills Among Adolescent Suicide Attempters: Results of a Multisite Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60 (2 Suppl 1), S37–S45.

Mischel, W., Shoda, Y. & Rodríguez, M.L. (1989). Delay of Gratification in Children. *Science, New Series*, 244(4907), 933-938.

Molock, S.D., Puri, R., Matlin, S., & Barksdale, C. (2006). Relationship between religious coping and suicidal behaviors among African-American adolescents. *Journal of Black Psychology*, 32 (3), 389.

Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol [Suicidal ideation and hopelessness regarding the abuse of drugs and alcohol]. *Salud Mental*, 21 (5), 20-27.

Monkul, E.S., Matsuo, K., Nicoletti, M.A., Dierschke, N., Hatch, J.P., Dalwani, M., ... Soares, J.C. (2007). Prefrontal gray matter increases in healthy individuals after Lithium treatment: a voxel-based morphometry study. *Neuroscience Letters*, 429 (1), 7-11

Montes-berges, B. & Martínez, L. (2011). Émpatas. En B. Montes-Berges (dir). *Émpatas: la capacidad de sentir como la otra persona: ¿Porqué hay personas que no pueden ver el telediario?* [Empaths: the ability to feel the other person: Why do some people can not watch the news?] (pp. 33-47). Granada: Ruíz de Aloza

Moran, P.B. & Eckenrode, J. (1992). Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 16, 743–754.
[http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90111-4](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(92)90111-4)

Morales, V. (2000). *Medición de actitudes en Psicología y Educación, construcción de escalas y problemas metodológicos* [Measuring attitudes in psychology and education, construction of scales and methodological problems]. Madrid: Universidad Comillas

- Morris, P. & Maniam, T. (2001). Ethnicity and Suicidal Behavior in Malaysia: A review of literature. *Transcult Psychiatry*, 38 (1), 51-63.
- Mruk, C. J. (2006). *Self-Esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem (3rd ed.)*. New York: Springer Publishing Company
- Muñiz, J. (2003). *Teoría Clásica de los Test*. Madrid: Piramide
- Mustanski, B., & Liu, R. T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 437-448.
- Myers, D.G. (2007). *Exploring psychology*. New York: Worth.
- Naglieri, J., LeBuffe, P., & Ross, K. (2013). Measuring resilience in children: From theory to practice. In S. Goldstein & R. Brookes (Eds.), *Handbook of resilience in children*. New York, NY: Springer-Verlag. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_14
- Najman, J.M., Heron, M.A., Hayatbakhsh, M.R., Dingle, K., Jamrozik, K. & Bor, W. (2008). Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *The Journal of Psychiatric Research*, 42, 694-700. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.08.002>
- Nakagawa, M., Kawanishi, C., Yamada, T., Iwamoto, Y., Sato, R., Hasegawa, H., ... Hirayasu, Y. (2009). Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review. *BMC Psychiatry*, 9 (1), 32-38. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-9-32>
- National Institute of Mental Health -N.I.M.H. (2001). *Depression*. Washington: Department of Health and Human Services.
- Neenan, M. (2010). *Developing Resilience. A cognitive-Behavioural Approach*. New York: Routledge.
- Nilson, L.B. (2013). *Creating self-regulated learners. Strategies to strengthen Students' Self-Awareness and Learning Skills*. Virginia: Stylus Publishing.
- Nishi, D., Uehara, R., Kondo, M., & Matsuoka, Y. (2011). Reliability and validity of the Japanese version of the Resilience Scale and its short version. *BMC Research Notes*, 3, 310. <http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-3-310>

- Nishi, M., Horii-Hayashi, N. & Sasagawa, T. (2014). Effects of early life adverse experiences on the brain: implications from maternal separation models in rodents. *Frontiers in Neuroscience*, 8, 166.
<http://dx.doi.org/10.3389/fnins.2014.00166>
- Nock, M.K. & Kessler, R.C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616–623.
- Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents : diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research* 144, 65–72.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock, M.K., Holmberg, E.B., Photos, V.I. & Michel, B.D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19 (3), 309-17.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D.R. (2008). Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192 (2), 98 - 105.
- Nock, M.K. (2009). Suicidal behavior among adolescents: Correlates, confounds, and (the search for) causal mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48 (3), 237–239,
<http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e318196b944>
- Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R.C., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the World Mental Health Surveys. *Plos Medicine*, 6 (8), 1-17.
- Nock, M.K., Park, J.M., Finn, C.T., Deliberto, T.L., Dour, H.J. & Banaji, M.R. (2010). Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. *Association for Psychological Science*, 21 (3), 511-517.
- Nock, M.K., Green, J.G., Hwang, I., McLaughlin, K.A., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. & Kessler, R.C. (2013) Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal

- behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70 (3), 300-10. <http://dx.doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>.
- Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin*, 54 (4), 306-369.
- Nordström, P., Samuelsson, M. & Åsberg, M. (1995). Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 336-40
- Norris, F., (2011). Behavioural Science Perspectives on Resilience. CARRI Research Paper, 11, Tennessee (USA). Community and Regional Resilience Institute Oak Ridge.
- Novick, D.M., Swartz, H.A. & Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, 12 (1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00786.x>
- Nrugham, L., Herrestad, H., & Mehlum, L. (2010). Suicidality among Norwegian youth: Review of research on risk factors and interventions. *Nord Journal of Psychiatry*, 64, 5, 317-326. <http://dx.doi.org/10.3109/08039481001628364>
- Nunnally, J. & Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- Okada, R. (2010). A meta-analytic review of the relation between self-esteem level and self-esteem instability. *Personality and Individual Differences*, 48 (2), 243-246. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.012>
- Oliveira, M.L.F. & Buriola, A.A. (2009). Gravidade das intoxicações por inseticidas inibidores das colinesterases no noroeste do estado do Paraná, Brasil. *Revista Gaúcha de Efemagen*, 30 (4), 648-55.
- Ome, L., A., Eferakeya, A. & Edijana, C., (2005). Drugs and suicide attempt in Benin City (Nigeria) from 1991 from 2000. *Pharmacy practice*, 3 (4), 197-204.
- Onoa, H., Kozmikb, Z., Yuc, J.K. & Wada, H. (2013). A novel N-terminal motif is responsible for the evolution of neural crest-specific gene-regulatory activity in vertebrate FoxD3. *Developmental Biology* 385 (2), 396-404
- Oquendo, M.A., Giovanni, M.D., Placidi, P.A., Malone, K.M., Campbell, C., Keilp, J., ... Mann, J.J. (2003). Positron emission tomography of regional brain metabolic

- responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression. *Archives of General Psychiatry*, 60 (1), 14-22.
- Oquendo, M.A, Currier, D. & Mann, J.J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 151–158. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x>
- Oquendo, M.A., Baca-García, E., Mann, J.J. & Giner, J. (2008). Issues for DSMV: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 1383-4.
- Organización Mundial de la Salud-O.M.S. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - CIE-9* [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-9]. Madrid: Mediator.
- Organización Panamericana de la Salud-O.P.S. (2014). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - CIE-10 (version electronica)* [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10 (electronic version)]. Washington, D.C. (E.U.A.): Mismo autor
- Orth, U., Trzesniewski, K.H. & Robins, R.W. (2010). Self-Esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98 (4), 645–658. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018769>
- Osborn, A. (1994). *Resiliencia y estrategias de intervención* [Resilience and intervention strategies]. Suiza: BICE
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S. & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93, 1217-1222 <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.2003.93.3f.1217>
- Osman, A., Kopper, B. A., Linehan, M. M., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., & Bagge, C. L. (1999). Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychological Assessment*, 11, 115–123. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.11.2.115>

- Osman, A., Bagge, C.L., Gutierrez, P.M., Konick, L.C., Kopper, B.A. & Barrios, F.X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-54. <http://dx.doi.org/10.1177/107319110100800409>
- Osman, A., Gutiérrez, P., Muehlenkamp, J., Dix-Richarson, F., Barrios, F. & Kopper, B. (2004). Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties. *Psychological Report*, 94, 1349-60. <http://dx.doi.org/10.2466/PRO.94.3.1349-1360>
- Osman, A. Barrios, F.X., Gutierrez, P.M., Williams, J.E. & Bailey, J. (2008). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II in Nonclinical Adolescent Samples. *Journal of clinical psychology*, 64 (1), 83-102. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20433>
- Ospina, D. E. (2007). La medición de la resiliencia [Measuring the resilience], *Investigación y Educación en Enfermería*, 25, 58-65
- Osváth, S., Sabelko, J.J. & Gruebele, M. (2003). Tuning the heterogeneous early folding dynamics of phosphoglycerate kinase. *Journal of Molecular Biology*, 333 (1), 187-99
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou-Abdallah, T., Guelfi, J.D. & Rouillon, F. (2008). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *L'Encéphale*, 34 (5), 452-458.
- Ovejero, A. (1990). *El aprendizaje cooperativo. Una alternativa eficaz a la enseñanza tradicional* [Cooperative learning. An effective alternative to traditional teaching]. Barcelona: PPU.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry. The Journal of Mental Science*, 181, 193-199. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
- O'Connell, F.P., Pinkus, J.L. & Pinkus, G.S. (2004). CD138 (syndecan-1), a plasma cell marker immunohistochemical profile in hematopoietic and nonhematopoietic neoplasms. *American Journal of Clinical Pathology*, 121 (2), 254-63.

- Schermer, J.A., Martin, V.A., Martin, N.G., Lynskey, M.T., Trull, T.J. & Vernon, P. A. (2015). Humor styles and borderline personality. *Personality and Individual Differences*, 87, 158–161 <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.043>
- Schlam, T.R., Wilson, N.L., Shoda, Y., Mischel, W. & Ayduk, O. (2013). Preschoolers' Delay of Gratification Predicts their Body Mass 30 Years Later. *The Journal of Pediatrics*, 162 (1), 90-93. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.06.049>
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C.M., Sandvik, L. & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-oncology*, 13, 309-320. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.747>
- Schumacker, R.E. & Lomax, R.G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Segal, D.L. (2009). Self-reported history of sexual coercion and rape negatively impacts resilience to suicide among women students. *Death Stud.* 2009 Sep;33(9):848-55. <http://dx.doi.org/10.1080/07481180903142720>
- Seidel, E.M., Habel, U., Finkelmeyer, A., Alexander Hasmann, A., Matthias Dobmeier, M., & Derntl, B. (2012). *Risk or resilience? Empathic abilities in patients with bipolar disorders and their first-degree relatives*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.11.006>
- Seligman, M.E.P., Kaslow, N.J., Alloy, L.B., Peterson, C., Tanenbaum, R.L. & Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93 (2), 235-238.
- Seligman, M.E.P. (1998). *Indefensión: en la depresión, el desarrollo y la muerte* [Helplessness: On depression, development and death]. Madrid: Debate.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P. & Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology. En L.G. Aspinwall and U.M. Staudinger (Eds.). *A Psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 305-317). Washington, D.C: American Psychological Association <http://dx.doi.org/10.1037/10566-021>

- Shavelson, R., Hubner, J. & Stanton, J. (1976). Self concept: Validation of construct interpretation. *Review of Educational Research*, 46 (3), 407-441. <http://dx.doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Sher, L. (2007). The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction in the pathophysiology of alcohol misuse and suicidal behavior in adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 19 (1), 3-9.
- Sher, L. (2010). A model of suicidal behavior among depressed immigrants. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10 (1), 5-7. <http://dx.doi.org/10.1586/ern.09.122>
- Shilubane, H.N., Arjan, E.R., Robert, A.C., Ruiters, B, van den Borne, B., & Reddy, P.S. (2015). High school suicide in South Africa: teachers' knowledge, views and training needs. *BMC Public Health*, 14, 15:245. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1599-3>.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley and Sons Ltd.
- Shneidman, E. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Shropshire, K.L., Pearson, J., Joe, S., Romer, D. & Canetto, S.S. (2008). Advancing Prevention Research on the Role of Culture in Suicide Prevention: An Introduction. *Suicide and Life - Threatening Behaviour*, 38 (3), 321-323.
- Siever, L.J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *The American Journal of Psychiatry*, 165 (4), 429-442.
- Sifneos, P.E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press
- Silva, G. (1999). *Resiliencia y violencia política en niños* [Resilience and political violence in children]. Alabama: Fundación Bernard Van Leer-Universidad Nacional de Lanus.
- Smith, B.W., Tooley, E.M., Christopher, P.J., & Kay, V.S. (2010). Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected personal resource? *Journal of Positive Psychology*, 5, 166-176. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2010.482186>
- Smith, B. W., Epstein, E. M., Ortiz, J. A., Christopher, P. J., & Tooley, E. M. (2013). The foundation of resilience: What are the critical resources for bouncing back from stress? In S. P. Embury, & D. H. Saklofske (Eds.), *Resilience in children*,

- O'Brien, R. & Stockard, J.A. (2006). Common Explanation for the Changing Age Distributions of Suicide and Homicide in the United States, 1930–2000. *Social Forces*, 84, 1541–57.
- O'Connor, R.C., Rasmussen, S. & Hawton K. (2012). Distinguir los adolescentes que piensan acerca de la auto-daño de aquellos que se dedican a la autolesión [Distinguish teens who think about self-harm of those who engage in self-injury]. *British Journal of Psychiatry*, 200 (2), 330-335
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.097808>
- O'Connor, L. E., Rangan, R. K., Berry, J. W., Stiver, D. J., Hanson, R., Ark, W., & Li, T. (2015). Empathy, Compassionate Altruism and Psychological Well-Being in Contemplative Practitioners across Five Traditions. *Psychology*, 6, 989-1000.
<http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.68096>
- O'Dougherty-Wright, M., Masten, A.S., Northwood, A. & Hubbard, J.J. (1997). Long-term effects of massive trauma: Developmental and psychobiological perspectives. In: Cicchetti, D.; Toth, S.L., (eds), *Developmental perspectives on trauma* (pp. 181-225). Rochester, New York. University of Rochester Press.
- O'Rourke, B. (2004). Evidence for mitochondrial K⁺ channels and their role in cardioprotection. *Circulation Research*, 94 (4), 420-32.
<http://dx.doi.org/10.1161/01.RES.0000117583.66950.43>
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I. & Sezibera, V. (2011). Crecimiento post estrés y post trauma: posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos. En D. Páez, C. Martín-Beristain, J. L. González, N. Basabe & J. De Rivera (Eds.), *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz* [Overcoming collective violence and building a culture of peace] (pp. 311-339). Madrid. Fundamentos
- Palacios-Espinosa, X., Barrera, A.M., Ordóñez, M. & Peña, M.E. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005 [Bibliometric analysis of the scientific literature on suicide in children in the period 1985-2005]. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (2), 40-62.

- Palacios, J., Sánchez. T. & Andrade, P. (2010). Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes [Attempted suicide and sensation seeking in adolescents]. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 12, 53-75.
- Park, B.C., Soo Im, J. & Strother-Ratcliff, K. (2014). Rising youth suicide and the changing cultural context in South Korea. *Crisis*, 35 (2), 102-9. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000237>.
- Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Pares, G., Batalla, M., Llorens, M., Capdevila, A., ... Vidal D.J. (2013) Attempted and completed suicide: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders* 150, 840-846. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.013>
- Patton, G.C., Coffey, C., Sawyer, S.M., Viner, R.M., Haller, D.M., Bose, K., ... Mathers, C. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 374 (9693), 881-892. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60741-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60741-8)
- Pelkonen, M. & Marttunen, M. (2003) Child and adolescent suicide. *Paediatrics Drugs*, 5, 243-65. <http://dx.doi.org/10.2165/00128072-200305040-00004>
- Penley, J.A., Tomaka, J. & Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*. 25 (6), 551–603.
- Perry, J. & Bard, E. (2001). *Construct Validity of the Resilience Assessment of Exceptional Students (RAES)*. Washington: Paper presented at the Annual Meeting of the National Association of School Psychologists.
- Perry, I.J., Corcoran, P., Fitzgerald, A.P, Keeley, H.S., Reulbach, U. & Arensman E. (2012).The Incidence and Repetition of Hospital-Treated Deliberate Self Harm: Findings from the World’s First National Registry. *PLoS ONE*, 7, e31663
- Peterson, C., Giovanni, P. A., Placidi, M.D., Kevin, M., Malone, M.D., Campbell, C., ... Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91 (3), 347-374. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.91.3.347>

- Pettingell, S.L., Bearinger, L.H., Skay, C.L., Resnick, M.D., Potthoff, S.J. & Eichhorn, J. (2008). Protecting urban american indian young people from suicide. *American Journal of Health Behavior*, 32 (5), 465-476.
- Pervin, L.A. (1998). Introducción: el estudio científico de la personalidad. En, L.A. Pervin (Ed.). *La ciencia de la personalidad* [The science of personality] (pp. 1-29). Madrid: McGraw-Hill. [Original: 1996].
- Phillips, M.R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H. & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 360, 1728–36
- Piacheski de Abreu, K., Dias da Silva, M.A., Kohlrausch, E. & Fachinelli, J. (2010). Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas [Suicidal behavior: fatores of bluff and preventive intervenções]. *Revista Eletrônica de Efemagen*, 12 (1), 195-200.
- Pintado, Y., Jiménez, Y., Padilla, M., Guerra, J.M & Antelo, M. (2010). Trastornos psicológicos en adolescents [Psychological disorders in adolescents]. *Revista psiquiátrica del niño y del adolescente*, 9, 11-27.
- Piqueras, J.A., Martínez, A.E., Ramos, V., Rivero, R., García, L.J. & Oblitas, L.A. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud [Anxiety, Depression and Health]. *Revista Suma Psicológica*, 15 (1), 43-74.
- Pisani, A.R., Schmeelk-cone, K., Gunzler, D., Petrova, M., Goldston, D.B., Tu, X. & Wyman, P.A. (2012). Associations Between Suicidal High School Students' Help-Seeking and Their Attitudes and Perceptions of Social Environment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41 (7), 1312-1324. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9766-7>
- Pita, S. & Pértegas, S., (2003). *La fiabilidad de las mediciones clínicas: el análisis de concordancia para variables numéricas* [The reliability of clinical measurements: the concordance analysis for numeric variables]. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

- Platt, S. & Kreitman, N. (1990). Long term trends in parasuicide and unemployment in Edinburgh, 1968-87. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25 (1), 56-61.
- Player, M.J., Proudfoot, J., Fogarty, A., Whittle, E., Spurrier, M., Shand, F., ... Wilhelm, K. (2015) What Interrupts Suicide Attempts in Men: A Qualitative Study. *PLoS ONE*, 10 (6), e0128180. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0128180>
- Polk, L.V. (1997). Towar a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19, 1-13
- Pompili, M., Innamorati, M., Masotti, V., Personne, F., Lester, D., Di Vittorio, C., ... Amore, M.D. (2008). Suicide in the elderly: a psychological autopsy study in a North Italy area (1994-2004). *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 727-735
- Pompili, M., Innamorati, M., Mann, J.J. , Oquendo, M.A. , Lester, D. , Del Casale, A., Girardi, P. (2008). Periventricular white matter hyperintensities as predictors of suicide attempts in bipolar disorders and unipolar depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32, 1501–1507 <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2008.05.009>
- Poulter, M.O., Du, L., Weaver, I., Palkovits, M., Faludi, G., Merali, Z., ... Anisman, H. (2008). GABA (A) Receptor Promoter Hypermethylation in Suicide Brain: Implications for the Involvement of Epigenetic Processes. *Biological Psychiatry*, 64 (8), 645 - 652.
- Posner, K., Brown, G.K., Stanley, B., Brent, D.A., Yershova, K.V. & Oquendo, M.A. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal Psychiatry*, 168 (12), 1266-77. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>.
- Powers, A., Stevens, J., Fani, N. & Bradley, B. (2015). Construct validity of a short, self report instrument assessing emotional dysregulation. *Psychiatry Research*, 225 (1–2), Pages 85–92 <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.020>

- Pressman, S.D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925–971. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.925>
- Preti, A. & Miotto, P (2000). Influence of method on seasonal distribution of attempted suicides in Italy. *Neuropsychobiology*, 41 (2), 62-73.
- Prince-Embury, S. (2013). The Resiliency Scales for Children and Adolescents: Construct, Research and Clinical Application. En S. Goldstein y R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in Children* (pp.273-292). New York: Springer http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_16
- Prince-Embury, S. & Saklofske, D.H. (2013). *Resilience in Children, Adolescents and Adults. Translating Research into Practice*. New York: Springer
- Pritchard, C., & Amanullah, S. (2007). An analysis of suicide and “undetermined” deaths in 17 predominantly Islamic countries, contrasted with the UK. *Psychological Medicine*, 37 (83), 421–430.
- Pritchard, C. & Hean, S. (2008). Suicide and Undetermined Deaths Among Youths and Young Adults in Latin America. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29 (3), 145–153.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2009). *Informe sobre Desarrollo Humano 2009. Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos* [Human Development Report 2009. Overcoming barriers: Human mobility and development]. Available in http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_ES_Indicators.pdf
- Pulgar-Buendía, A. (2010). *Aplicación del modelo biopsicosocial para la comprensión de la calidad de vida y el pronóstico en el cáncer hematológico* [Application of the biopsychosocial model for understanding the quality of life and prognosis in hematological cancer]. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Jaén.
- Puskar, K.R., Sereika, S.M., Lamb, J., Tusaie-Mumford, K. & Mcguinness, T. (1999). Optimism and its relationship to depression, coping, anger and life events in rural adolescents. *Mental Health Nursing*, 20, (2), 115-130.

- Quiceno, J.M. & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Pensamiento Psicológico [Resilience: a perspective from chronic disease in adults]. *Psychological Thought*, 9, 69-82
- Quiles, Y., Terol, M.C. & Quiles, M.J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión [Evaluation of social support in patients with eating disorder: a review study]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (2), 313-333.
- Radhakrishnan, R. & Andrade, C. (2012). Suicide: an Indian perspective. *Indian Journal of Psychiatry*, 54 (4), 304–19.
- Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J.A., García, L.J. & Oblitas, L.A. (2008). Psiconeuroinmunología: conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune [Psychoneuroimmunology: connections between nervous system and immune system]. *Suma Psicológica*, 15 (1), 115-142.
- Ranieri, W.F., Steer, R.A. & Kovacs M (1987). Relationship of depression, hopelessness of eventual suicide in psychiatric attitudes to suicide ideation in psychiatric patients. *Psychology Report* 61, 967-975.
- Razaeian, M., Mohammadi, M., Akbari, M. & Maleki, M. (2008). The most common method of suicide in Tehran 2000–2004. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29 (3), 164–166.
- Raynal, F. & Rieunier, A. (2010). *Pedagogía. Diccionario de Conceptos Claves* [Pedagogy. Key Concepts Dictionary]. Madrid: Editorial Popular.
- Real Academia Española de la Lengua-RAEL (2015). Resiliencia [Resilience]. Available in <http://lema.rae.es/drae/?val=resiliencia>
- Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., BERger, S. R., Beardslee, W. R., & Fitzmaurice, G. M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1226–1232. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1226>
- Rew, L. & Horner, S. (2003). Youth Resilience Framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18 (6), 379-88. [http://dx.doi.org/10.1016/S0882-5963\(03\)00162-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0882-5963(03)00162-3)

- Rhodes, A.E., Boyle, M.H., Bethell, J., Wekerle, C., Goodman, D., Tonmyr, L., & Manion I. (2012). Child mal-treatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 36(6), 542-51.
- Rich, A., Kirkpatrick-Smith, J. & Bonner, R. J. F. (1992). Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 22 (3), 364-373.
- Richa, S., Fahed, M., Khoury, E. & Mishara, B. (2014). Suicide in autism spectrum disorders. *Archives of Suicide Research*, 18 (4), 327-39.
<http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2013.824834>
- Rico-Villademoros, F., Hernando, T., Saiz, J., Giner, J. & Bobes, J. (2011). Patrón de actuación de los psiquiatras en España ante la presencia de pacientes con riesgo de conducta suicida. In J. Bobes, J. & J. Saiz Giner (eds)]. *Suicidio y psiquiatría Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* [Psychiatry and suicide prevention and management of suicidal behavior Recommendations] (pp 39---56). Madrid: Triacastela.
- Rodríguez, D.J. (2008). El humor como indicador de resiliencia. En E. N. Suárez (Comp.), A. Melillo (Comp.), E. H. Grotberg (aut.) & M. Alchourrón de Paladini (aut.). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* [Resilience: discovering one's strengths] (pp. 185-196). Madrid. Paidós.
- Rodríguez-Ayán, M.N. & Ruiz-Díaz, M.A, (2008). Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial [Attenuation of asymmetry and kurtosis scores observed by transformations of variables: Impact on the factorial structure]. *Psicológica*, 29, 205-227.
- Rodríguez, M., Pereyra, M.G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. & Labiano, L.M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina [Psychometric properties of the scale of resilience version Argentina]. *Evaluar*, 9, 72 – 82
- Roggenbach, J., Müller-Oerlinghausen, B. & Franke, L. (2002). Suicidality, impulsivity and aggression--is there a link to 5HIAA concentration in the cerebrospinal

- fluid? *Psychiatry Research*, 113 (1-2), 193-206.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00230-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00230-5)
- Romer, D., Duckworth, A.L., Sznitman, S. & Park, S. (2010). Can adolescents learn self-control? Delay of gratification in the development of control over risk taking. *Prevention Science*, 11 (3), 319-330. <http://dx.doi.org/10.1007/s11121-010-0171-8>
- Romero, J.L, Gamero, J.J. & Martínez, P. (2007). Aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en la provincia de Cádiz (1999-2003) [Epidemiological aspects of suicide in the province of Cadiz (1999-2003)]. *Cuadernos de Medicina Forense*, 13 (47), 33-44.
- Rosenbaum, J.G., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G. Wagner, K.D., ... Brent, D.A. (2011). Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50 (1), 772-781.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, (número completo).
<http://dx.doi.org/10.1037/h0092976>
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67 <http://dx.doi.org/10.1037/h0076301>
- Roy, A., Sarchiapone, M. & Carli, V. (2007a). Low resilience in suicide attempters. *Archive of Suicide Research*, 11 (3), 265-269
<http://dx.doi.org/10.1080/13811110701403916>
- Roy, A., Sarchiapone, M. & Carli, V. (2007b). Low resilience in suicide attempters: Relationship to Depressive Symptoms. *Depression and Anxiety*, 24 (4), 273-274
<http://dx.doi.org/10.1002/da.20265>

- Roy, A., Carli, V. & Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 133 (3), 591-4
<http://dx.doi.org/10.1016/10.1016/j.jad.2011.05.006>
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Davidson, K.W., Saab, P.G. & Kubzansky L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45 (5), 637-51.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2004.12.005>
- Ruengorn, Ch., Sanichwankul, K., Niwatananum, W., Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., & Patumanond, J. (2011). Incidence and risk factors of suicide reattempts within 1 year after psychiatric hospital discharge in mood disorder patients. *Clinical Epidemiology*, 3, 305–313.
- Ruiz-Pérez, I. & Olry de Labry-Lima, A. (2006). El suicidio en la España de hoy [Suicide in Spain today]. *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), 25-31.
- Runeson, B. S. (1998). History of suicidal behaviour in the families of young suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 98 (6), 497–501.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 8, (3), 324-338
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, (3), 316-329
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.006>
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience an protective mechanism. En J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.181-214). Nueva York: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 12-19 [http://dx.doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-V](http://dx.doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V)

- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- Rutter, P.A., Freedenthal, S. & Osman, A. (2008). Assessing Protection from Suicidal Risk: Psychometric Properties of the Suicide Resilience Inventory. *Death Studies*, 32, Issue 2, pages 142-153 <http://dx.doi.org/10.1080/07481180701801295>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience--clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (4), 474-87. <http://dx.doi.org/110.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>.
- Rutz, W., von Knorring, L. & Wålinder, J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (2), 151-154. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb01318.x>
- Rygnestad, T. (1988). A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77 (3), 328-31. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb05129.x>
- Ryff, C.D., Love, G.D., Urry, H.L., Muller, D., Rosenkranz, M.A., Friedman, E.M., ... Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy Psychosomatic*, 75 (2), 85-95. <http://dx.doi.org/10.1159/000090892>
- Saavedra, E. & Villalta, M. (2008). Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores [Comparative study in subjects with disabled engines resilience]. *Revista Investigaciones en Educación*, 8 (1), 81-90.
- Sáiz, P. A. & Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta [Suicide prevention in Spain: a clinical unmet need]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7 (1), 1-4 [10.1016/j.rpsm.2014.01.003](http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.003)
- Salas-Auvert, J.A. (2008). Control, Salud y Bienestar [Control, Health and Welfare]. *Revista Suma Psicológica*, 15, 15-42.

- Salgado, A (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana [Methods and instruments to measure resilience: a Peruvian alternative] *Revista de Psicología*, 11, 41-48.
- Sánchez, R., Orejarena, S. & Guzmán, Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000 [Features suicide in Bogota: 1985-2000]. *Revista de Salud Pública*, 6 (3), 217-223.
- Sánchez-Teruel, D. (2009). *Actualización en inteligencia emocional* [Update on emotional intelligence]. Madrid. Editorial CEP
- Sánchez-Teruel, D. (2011). *Intervención y atención a las agresiones a menores y mujeres* [Intervention and attention to attacks on children and women]. Madrid. CEP
- Sánchez-Teruel, D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. En J.A. Muela, A. García y A. Medina (Eds.). *Perspectivas en psicología aplicada* [Perspectives in applied psychology] (pp. 61-78). Jaén: Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D.
- Sánchez-Teruel, D. & Robles-Bello, M^a A. (2014a). Protective factors promoting resilience to suicide in young people and adolescents. *Papeles del Psicólogo*, 35 (2), 181-192.
- Sánchez-Teruel, D. & Robles-Bello, M^a A. (2014b). Personalidad y resiliencia en un cuerpo especial de la Policía Nacional de España [Personality and resilience in a special corps of the National Police of Spain]. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 30 (2), 75-81.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpto.2014.06.003>
- Sánchez-Teruel, D., García-León, A. & Muela-Martínez, J.A. (2014a). Prevention, assessment and treatment of suicidal behavior. *Anales de Psicología*, 30(3), 952-963 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.148691>
- Sánchez-Teruel, D., García-León, A. & Muela-Martínez, J.A. (2014b). Tentativas suicidas en la provincia de Jaén (España) [Suicide attempts in the province of Jaén (Spain)]. *Gaceta Sanitaria*, 28(3) 256–257
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.007>

- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J.A. & García-León, A. (2015). An Analysis of Suicide Attempts in Jaén Province (Andalusia-Spain). *Psychology, Community & Health*, 4(1), 14–26, <http://dx.doi.org/10.5964/pch.v4i1.102>
- Sánchez-Teruel, D. & Robles-Bello, M^a A. (2015a). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español [14-item Resilience Scale (RS-14): Psychometric Properties of the Spanish Version]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica (RIDEP)*, 40(1), 103-113
- Sánchez-Teruel, D. & Robles-Bello, M^a A. (2015b). Respuesta a un programa de resiliencia aplicado a padres de niños con Síndrome de Down [Responding to a program of resilience applied parents of children with Down Syndrome]. *Universitas Psychologica*, 14 (2), 645-658. <http://dx.doi.org.10.11144/Javeriana.upsy14-1.rpra>
- Sanjuán, P. & Magallares, A. (2006). Estudio del efecto del optimismo disposicional en el bienestar físico y psicológico desde una perspectiva longitudinal [Study of the effect of dispositional optimism in the physical and psychological well-being from a longitudinal perspective]. *Acción Psicológica*, 4 (1), 47-55.
- Santibáñez, R. & Martínez, A. (2013). *Intervención comunitaria con adolescentes y familias en riesgo* [Community intervention with adolescents and families at risk]. Barcelona: Graó.
- Savelkoul, M., Ritzen, W., & Konings, G. (2002). Social support and rheumatic diseases: A coping intervention for groups of patients (abstract). *Gedrag and Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie and Gezondheid*, 30 (5), 351-357.
- Scheier, M. E, Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1257>
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 201-228. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01173489>

- adolescent, and adults*. Translating research into practice (pp. 167-188). New York: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3_13
- Simon, M., Chang, E.S., Zeng, P. & Dong, X. (2013). Prevalence of suicidal ideation, attempts, and completed suicide rate in Chinese aging populations: a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57 (3), 250-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2013.05.006>
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11, 94-101. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Singer, T. & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1156, 1 (2), 81–96. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
- Sisask, M., Värnik, A., Kõlves, K., Bertolote, J.M., Bolhari, J., Botega, N.J., ... Wasserman, D. (2010). Is religiosity a protective factor against attempted suicide? A Cross-Cultural Case-Control Study. *Archives of Suicide Research*, 14 (1), 44 - 55.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194–200 <http://dx.doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585 <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Snyder, C.R. (2000) *Handbook of hope: theory, measures and applications*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C.R., Shorey, H.S., Cheavens, J., Pulvers, K.M., Adams, V.H., & Wiklund, C. (2002). Hope and Academic Success in College. *Journal of Educational Psychology*, 94 (4), 820-826
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (Eds.) (2002). *The handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.

- Soler, P. A. & Gascón, J. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales* (3ª Ed.). Barcelona: Masson.
- Stanton, A.L. & Zinder, P.R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.12.1.16>
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J. & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse and Neglect*, 28 (7), 785–801. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.12.004>
- Stein, D.J., Hollander, E. & Liebowitz, M.R. (1993). Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorders. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5 (1), 9-17.
- Stein, D.J., Chiu, W.T., Hwang, I., Kessler, R.C, Sampson, N., Alonso, J., ... Nock, MK. (2010). Cross-National Analysis of the Associations between Traumatic Events and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS ONE*, 5 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0010574>
- Stephoe, A., Gibson, E.L., Hamer, M. & Wardle, J. (2005). Neuroendocrine and cardiovascular correlates of positive affect measured by ecological momentary assessment and by questionnaire. *Psychoneuroendocrin*, 32 (1), 56-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2006.10.001>
- Stratta, P. & Rossi, A. (2013). Suicide in the aftermath of the L'Aquila (Italy) earthquake *Crisis*, 34(2):142-144 <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000166>
- Stone, D. H., Chishti, P. & Roulston, C. (2002). *Final Report of the European Review of Suicide and Violence Epidemiology (EUROSAVE) Project*. Available in http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1999/injury/fp_injury_1999_frep_10_en.pdf
- Stuckler, D. & Basu, S. (2013). *The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death*. London: Penguin Press.
- Suárez-Ojeda, E.N. & Krauskopf, D. (1995). *El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente: Una perspectiva psicosocial* [The risk approach and

- its application to adolescent behavior: A psychological perspective]. Washington, D.C: Publicación Científica No. 552, OPS/OMS
- Sugden, K., Arseneault, L., Harrington, H., Moffitt, T.E., Williams, B. & Caspi, A. (2010). Serotonin transporter gene moderates the development of emotional problems among children following bullying victimization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 (8), 830-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.024>
- Suicide Prevention Resource Center-SPRC (2010). Risk and Protective Factors for Suicide. Available in <http://www.sprc.org/library/srisk.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000166>
- Somasundaram, D. & Sivayokan, S. (2013). Rebuilding community resilience in a post-war context: developing insight and recommendations - a qualitative study in Northern Sri Lanka. *International Journal of Mental Health System*, 11, 3-8 <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-7-3>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* [Anxiety Questionnaire State / Trait (STAI) Manual]. Madrid: TEA Ediciones
- Sun, J., & Stewart, D. (2007). Development of population-based resilience measures in the primary school setting. *Health Education*, 107(6), 575-599
- Swann, A.C., Bjorka, J.M., Moellera, F.G. & Dougherty, D.M. (2002). Two models of impulsivity: relationship to personality traits and psychopathology. *Biological Psychiatry*, 51 (12), 988-994. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01357-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01357-9)
- Swann, A.C., Dougherty, D.M., Pazzaglia, P.J., Pham, M., Steinberg, J.L. & Moeller, F.G. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (9), 1680–1687.
- Swets, J.A., Dawes, R.M. & Monahan, (2000). Psychological science can improve diagnostic decisions. *Psychological science in the public interest*, 1 (1), 1-26 <http://dx.doi.org/10.1111/1529-1006.001>

- Szadoczky, E., Vitrai, J., Rihmer, Z. & Furedi, J. (2000). Suicide attempts in the Hungarian adult population: Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *European Psychiatry*, 15 (6), 343-347.
- Taborda, L.C. & Téllez-Vargas, J. (2010). El suicidio en cifras. En J. Téllez-Vargas y J. Forero, *Suicidio: Neurobiología: Factores de riesgo y protección* [Suicide: Neurobiology: Risk factors and protection] (pp. 24-41). Santa Fé de Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.
- Tajer, D. (2009). Heridos Corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres [Wounded Hearts. Coronary risk in men and women]. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Tarrier, N. (2010). Broad Minded Affective Coping (BMAC): A “positive” CBT approach to facilitating positive emotions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 64-76. <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2010.3.1.64>
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E. & Gruenewald, T.L. (2000). Psychological Resources, Positive Illusions and Health. *The American Psychological Association*, 55 (1), 99-109. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.99>
- Tejedor, L., Izquierdo, A., Kagan, B.A. and Sein, D.V. (1999). Simulation of the semidiurnal tides in the Strait of Gibraltar. *Journal of Geophysical Research* 104: <http://dx.doi.org/10.1029/1998JC900102>
- Terao, T. (2008). Aggression, Suicide and Lithium Treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 165 (10), 1356-1358.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (extra issues), 53-79. <http://dx.doi.org/10.2307/2626957>
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). Temperament and developmental deviations. En A. Thomas y S. Chess (Eds.), *Temperament and development* (pp. 48-65). New York: Brunner/Mazel
- Thomas, L., S.T. Buckland, E.A. Rexstad, J.L. Laake, S. Strindberg, S.L. Hedley, J.R.B. Bishop & Marques, T.A. (2010). Distance software: design and analysis of

- distance sampling surveys for estimating population size. *Journal of Applied Ecology* 47, 5-14. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2664.2009.01737.x>
- Tierney, K. & Bruneau, M., (2007). Conceptualizing and Measuring Resilience: A Key to Disaster Loss Reduction. *TR News* 250, 14-17. Available in http://onlinepubs.trb.org/onlinepubs/trnews/trnews250_p14-17.pdf
- Timmerman, M.E. & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16 (2), 209-20. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023353>
- Tishler, C.L. (2004). Folie à Deux in Children. *Clinical Case Studies*, 3 (1), 49-56.
- Tomas, J.M., Meléndez, J.C., Sancho, P., & Mayordomo, T. (2012). Adaptation and Initial Validation of the BRCS in an Elderly Spanish Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 283-289. <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000108>
- Tomkiewicz, S. (2004). *El surgimiento del concepto* [The emergence of the concept]. Barcelona: Gedisa.
- Tondo, L., Hennen, J. & Baldessarini, R.J. (2001). Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (3), 163-172.
- Tong, Y. & Phillips, M.R. (2010). Cohort-specific risk of suicide for different mental disorders in China. *The British Journal of Psychiatry*, 196 (6), 467-473.
- Torres-Malca, J.R. (2007). *Relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento Suicida* [Relationship between pathological personality styles and alexithymia in patients with a history of suicide attempt] Tesis doctoral no publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Tracy, D.K., Shergill, S.S., David, A.S., Fonagy, P., Zaman, R., Downar, J., ... Bhui, K. (2015). Self-harm and suicidal acts: a suitable case for treatment of impulsivity-driven behaviour with repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). *BJPsych Open*, 1, 87–91. <http://dx.doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.000315>
- Trémeau, F., Staner, L., Duval, F., Corrêa, H., Crocq, M. A., Darreya, A., . . . Macher, J. P. (2005). Suicide attempts and family history of suicide in three psychiatric

- populations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 702-713. <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2005.35.6.702>
- Tucker, R.P., Wingate, L.R., O'Keefe, V.M., Slish, M.L., Judah, M.R., Rhoades-Kerswill, S. (2012). The moderating effect of humor style on the relationship between interpersonal predictors of suicide and suicidal ideation *Personality and Individual Differences* xxx (2012) xxx-xxx <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.11.023>
- Tugade, M.M. & Fredrickson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86 (2), 320-33. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Turner, S. (2005). Hope seen through the eyes of 10 Australian young people. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 508-515. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03619.x>
- Turvey, C.L., Conwell, Y., Jones, M.P. Phillips, C., Simonsick E, Pearson, J.L. & Wallace, R. (2002). Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 10, 398-406 <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200207000-00006>
- Twigg, J. (2009). *Characteristics of a Disaster-Resilient Community. A Guidance Note. Version 2. DFID Disaster Risk Reduction Interagency Coordination Group.* London (U.K.): Department for International Development
- Ubaldo, P.N. & Pérez, M.B. (2010). *La necropsia psiquiátrico-psicológica como prueba pericial en muertes dudosas. Revisión de un caso médico-legal.* [The psychiatric-psychological autopsy as expert witnesses in suspicious deaths. Review of a forensic case]. Comunicación presentada en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría de Palmanova de Calvià. Mallorca.
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
- Ungar, M., Liebenberg, L., Boothroyd, R., Kwong, W.M., Lee, T.Y., Leblanc, J., ... Makhnach, A. (2008). The study of youth resilience across cultures: Lessons

- from a pilot study of measurement development. *Research in Human Development*, 5 (3), 166-180. <http://dx.doi.org/10.1080/15427600802274019>
- Ungar, M. & Liebenberg, L. (2011). Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the Child and youth resilience measure. *Journal of Mixed Methods Research*, 5 (2) 126-149. <http://dx.doi.org/10.1177/1558689811400607>
- Ungar, M. (2012). Researching and theorizing resilience across cultures and contexts. *Preventive Medicine*, 55 (5), 387–389 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.07.021>
- Uriarte, J.D. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo [The resilience. A new perspective on developmental psychopathology]. *Revista de Psicodidáctica*, 10, 61-80
- Urnes, O. (2009). Self-harm and personality disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 129 (9), 872-876.
- Urry, H.L, Nitschke, J.B, Dolski, I., Jackson, D.C., Dalton, K.M., Mueller, C.J., ... Davidson, R.J. (2004). Making a life worth living: neural correlates of well-being. *Psychological Science*, 15 (6), 367-72. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00686.x>
- Utkin, L. V. (2006). A method for processing the unreliable expert judgments about parameters of probability distributions. [Versión Electrónica]. *European Journal of Operational Research*. 175 (1), 385-398. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejor.2005.04.041>
- Vaillant, G.E. (2003). Mental health. *American Journal of Psychiatry*, 160 (8), 1373-1384. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1373>
- Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J.R.T. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC-2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152, 293-297 <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2007.01.006>
- Vanderbilt, E. & Shaw, D. (2008). «Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence». *Clinical child family Psychology*, 11, 30-58. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-008-0031-2>

- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (5), 292-300.
- Vanistendael, S. (1994). *La resiliencia: Un concepto largo tiempo ignorado* [Resilience: A concept long ignored]. Suiza: BICE.
- Vanistendael, S. (1997). *Resiliencia* [resilience]. Conferencia presentada en el seminario Los aportes del concepto resiliencia en los programas de intervención psicosocial. Santiago, Chile
- Vanistendael, S. & Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia* [Happiness is possible. Waking up in abused children confidence in themselves, build resilience]. Barcelona: Gedisa.
- Vanistendael, S., Vilar, J. & Pont, E. (2009). Reflexiones en torno a la resiliencia. Una conversación con Stefan Vanistendael [Reflections on resilience. A conversation with Stefan Vanistendael]. *Educación social*, 43, 93-103.
- Vanistendael, S. (2013). *Resiliencia: El reto del cambio de Mirada* [Resilience: The Challenge of Change of look]. Conferencia presentada en el II Congreso Europeo de resiliencia. Bilbao.
- Van-Kessel, G. (2013). La capacidad de las personas mayores para superar la adversidad: una revisión del concepto de resiliencia [The ability of older people to overcome adversity: A review of the concept of resilience]. *Geriatric Nursing*, 34, 122-127. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.12.011>
- Van Reekum, C.M., Urry, H.L., Johnstone, T., Thurow, M.E., Frye, C.J., Jackson, C.A., ... Davidson, R.J. (2007). Individual differences in amygdala and ventromedial prefrontal cortex activity are associated with evaluation speed and psychological well-being. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19 (2), 237-48 <http://dx.doi.org/10.1162/jocn.2007.19.2.237>
- Vázquez, A. & Manassero, M.A. (1989) La teoría de la atribución y el rendimiento escolar. *Educació i cultura: revista mallorquina de pedagogia*, 7, 225-241.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EE.UU.) y del 11M, 2004 (Madrid, España): Mitos y realidades [Stress reactions in the general population after the terrorist attacks

- of September 11, 2001 (USA) and the M11, 2004 (Madrid, Spain): Myths and Realities]. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 9-25
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva [Positive psychology perspective]. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 1-2.
- Vázquez, J.J., Panadero, S. & Rincón, P.P. (2010). Eventos estresantes en la vida y la conducta suicida en los países con diferentes niveles de desarrollo: Nicaragua, El Salvador, Chile y España [Nicaragua, El Salvador, Chile and Spain: Stressful life and suicidal behavior in countries with different levels of development Events]. *Revista de Psicología Comunitaria y Social Aplicada*, 20 (1), 288-298. <http://dx.doi.org/10.1002/casp.1036>
- Vázquez-Lima, M.J., Álvarez-Rodríguez, C., López-Rivadulla, M., Cruz-Landeira, A. & Abellás-Álvarez, C. (2012). Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias [Analysis of the epidemiology of suicide attempts in a health from the perspective of an emergency]. *Emergencias*, 24, 121-125
- Velicer, W. F. & Fava, J. L. (1998). Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, 3, 231-251.
- Venceslá, J.F. & Moriana, J.A. (2002). Conducta autolítica y parasuicida. Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural [Parasuicidal autolytic and behavior. Sociodemographic characteristics of child and adolescent population in rural areas]. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22 (84), 49-64.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología [Positive psychology: a new way to understand the psychology]. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-8.
- Vera, B., Carbelo, B. & Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático [The traumatic experience from Positive Psychology: Resilience and posttraumatic growth]. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49

- Vijayakumar, L., Nagaraj, K., Pirkis, J. & Whiteford, H. (2005). Suicide in developing countries (1): Frequency, distribution, and association with socio-economic indicators. *Crisis*, 26, 104-111.
- Villalba, C. (2004). La perspectiva ecológica en el Trabajo Social con Infancia, Adolescencia y Familia [The ecological perspective in Social Work with Children, Youth and Family]. *Portularia*, 4 (1), 287-298
- Villalobos-Galvis, F.H., Arévalo, C. & Rojas, F.D. (2012) Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia [Inventory Adjustment resilience Suicide (SRI-25) in adolescents and young of Colombia]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31, 233–239. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000300008>
- Villalta, M.A. (2010). Factores de resiliencia asociados al rendimiento académico en estudiantes de contextos de alta vulnerabilidad social [Resilience factors associated with academic achievement in contexts of high social vulnerability]. *Revista de Pedagogía* [Journal of Education], 31 (88), 159-188.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M. & Remor, E. (2011). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos [Resilience, disease perception, beliefs and spiritual-religious coping in relation to the quality of life related to health in Colombian chronically ill]. *Anales de Psicología* [Journal of Psychology], 28, 366-377.
- Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resiliency Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Wagnild, G.M. (2009a). A review of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17, 105-13. <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.17.2.105>
- Wagnild, G. M. (2009b). *The Resilience Scale User's Guide for the US english version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale*. Worden: Montana (USA): The Resilience Center
- Walker, R. L., Lester, D. & Joe, S. (2006). Lay theories of suicide: An examination of culturally relevant suicide beliefs and attributions among African Americans and European Americans. *Journal of Black Psychology*, 32 (2), 320–334.

- Wanzer, M.B., Booth-Butterfield, M., & Booth-Butterfield, S (1996). Are funny people popular? An examination of humor orientation, loneliness, and social attraction. *Communication Quarterly*, 44, (1), 42-52.
<http://dx.doi.org/10.1080/01463379609369999>
- Wasserman, D., Terenius, L., Wasserman, J. & Sokolowski, M. (2010). The 2009 Nobel conference on the role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population. *Molecular Psychiatry*, 15 (1), 12–17.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92 (4), 548-573.
- Welch, S.S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*, 52 (3), 368-75.
- Wells, R.D. & Schwebel, A.I. (1987). Chronically ill children and their mothers: Predictors of resilience and vulnerability to hospitalization and surgical stress. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18, 83–89.
- Werner, E. & Smith, R. (1977). *Kauai's children come of age*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw Hill
- Werner, E.E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press
<http://dx.doi.org/10.1097/00004703-199404000-00012>
- Werner, E.E. (2003). “Prólogo” a N. Henderson & M. Milstein: *La resiliencia en la escuela* [Resilience in school]. Buenos Aires. Paidós.
- Werner, E.E. (2013). What Can We Learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies? En S. Goldstein y R. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in Children* (pp 87-102). New York: Springer.
- Wenzel, A. & Beck A.T. (2008). Un modelo cognitivo de la conducta suicida: Teoría y tratamiento [A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment]. *Aplicada y Psicología Preventiva*, 12 (2), 189-201
<http://dx.doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>

- Wenzel, A., Berchick, E.R., Tenhave, T., Halberstadt, S., Brown, G.K. & Beck, A.T. (2011). Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: A 30-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 132 (3), 375-382
- Werner, E.E., Bierman, J.M. & French, F.E. (1971). *The children of Kauai Honolulu*. Hawaii: University of Hawaii Press.
- Wilbum, V.R. & Smith, D.E. (2005). Stress, self-esteem and suicidal ideation in late adolescents. *The Journal of Adolescence*, 40 (157), 33-45.
- Williams, J.M.G. & Swales, M. (2004). The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Archives of Suicide Research*, 8, 315-329
- Wills, Th. A. & O'Carroll, E. (2012). Social Support, Self-Regulation, and Resilience in Two Populations: General-Population Adolescents and Adult Cancer Survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31 (special issue: Resilience: Social-Clinical Perspectives), 568-592 <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2012.31.6.568>
- Windle, M. (1999). *Alcohol Use Among Adolescents*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Windle, K, (2001a) *Laurent Danon-Boileau, The Silent Child: Exploring the World of Children who do not Speak*, New York: University Press, Oxford,
- Windle, G. (2011b). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*. 21, 152-169. <http://dx.doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- Windle, G., Markland, D. A., & Woods, B. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging and Mental Health* 12, 285-292. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860802120763>
- Windle, G., Woods, B., & Markland, D.A. (2009/in press). Living with ill-health in older age: the role of a resilient personality. *Journal of Happiness Studies*, 11 (6), 763. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-009-9172-3>
- Windle, G., Bennett, K.M. & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 1-18 <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>

- Winfrey, L.T. & Jiang, S. (2010). Youthful suicide and social support exploring the social dynamics of suicide-related behaviour and attitudes within a national sample of U.S. adolescents. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 8 (1), 19-37.
- Wolin, S. J. & Wolin, S. (1993): *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*. Nueva York: Villard Books.
- Wong, P. (2006). *Risk factors for suicide in adults aged 30-49: A psychological autopsy study in Hong Kong*. Unpublished doctoral dissertation. Australia: Bond University.
- Wong, P.W., Chan, W.S., Chen, E.Y., Chan, S.S., Law, Y.W. & Yip, P.S. (2008). Suicide among adults aged 30-49: a psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC Public Health*, 8, 147
- Wong, J.P.S., Stewart, S.M., Claassen, C., Lee, P.C.H., Rao, U. & Lam, T.H. (2008). Intentos de suicidio repetidas en adolescentes de la comunidad de Hong Kong [Repeated attempts suicide in adolescents in the community of Hong Kong]. *Social Science & Medicine*, 66, 232-241
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.031>
- Wood, S.K. & Bhatnagar, S. (2015). Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiology of Stress*, 1, 164–173.
- Woolfolk, A. (2010). *Psicología educativa* [Educational psychology]. México: Pearson Educación de México.
- World Federation for Mental Health-WFMH (2006). World Suicide Prevention Day 2006: with understanding, new hope. En World Federation for Mental Health-WFMH: *Mental Illness and Suicide* (pp. 3-5). Baltimore: The Sheppard and Enoch Pratt Hospital.
- World Health Organization-WHO (2008). *Tasas de Suicidio por cada 100.000 mil habitantes por sexo y edad en España desde el año 1950 hasta el año 2005* [Suicide rates per 100,000 thousand people by sex and age in Spain from 1950 until 2005]. Available in http://www.who.int/mental_health/media/spai.pdf
- World Health Organization-WHO (2010a). *Suicide prevention (SUPRE)*. Available in http://www.who.int/mental_health/prevention/en/

- World Health Organization-WHO (2010b). *Suicide prevention (SUPRE)*. Available in http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
- World Health Organization-WHO. (2012a). *Suicide data*. Available in http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
- World Health Organization-WHO. (2012b). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Geneva: WHO Document Production Services
- World Health Organization-WHO. (2013). *Mental health action plan 2013-2020 (spanish version)*. Geneva: WHO Document Production Services
- World Health Organization-WHO. (2014). *Preventing suicide: a global imperative. (spanish version)*. Washington, DC: Panamerican Health Organization
- Wyman, P.A. (2014). Developmental approach to prevent adolescent suicides: research pathways to effective upstream preventive interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47 (3Suppl2), S251-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.039>.
- Yen, S., Shea, M.T., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J. G., ... Morey, L.C. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behaviour. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (7), 1296-1298.
- Yen, S., Pagano, M.E., Shea, M.T., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Zanarini, M.C. (2005). Acontecimientos recientes de la vida anteriores intentos de suicidio en una muestra de trastorno de la personalidad: Los resultados de los Trastornos de la Personalidad de Colaboración Estudio Longitudinal [Recent events in the life previous suicide attempts in a sample of personality disorder: Results of Personality Disorders Collaborative Longitudinal Study]. *Diario de Consultoría y Psicología Clínica*, 73 (2), 99-105 <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.99>
- Yip, P. (1998). Age, sex, marital, status and suicide and empirical study of East and West. *Psychological Report*, 82 (1), 311-22.

- Yip, P, Liu, K.L. & Law, C.K. (2008). Years of Life Lost from Suicide in China, 1990–2000. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29 (3), 131–136.
- Young, A.H. (2009). Lithium levels in drinking water and risk of suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 194 (5), 466.
- Zanas, A.S. & West, A.E. (2014). Epigenetics and the regulation of stress vulnerability and resilience. *Neuroscience*, 4, (264), 157-70.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2013.12.003>
- Zdanowicz, N., Janne, P. & Reynaert, C.H. (2004). ¿Juega el locus de control de la salud un papel clave en la salud durante la adolescencia? [Do you play the locus of health control a key role in health during adolescence?] *Europe Journal Psychiatry*, 18 (2), 117-124.
- Zimet, G.D., Powell, S.S., Farley, G.K., Werkman, S. & Berkoff, K.A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-17.
http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5503&4_17
- Zimmerman, B.J. & Schunk, D.H. (2008). Motivation: An essential dimension of self-regulated learning. En D. H. Schunk y B. J. Zimmerman (Eds.), *Motivation and self-regulated learning: Theory, research, and applications* (pp. 1-30). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Zimmermann, K., Aurich, P., Graziano, P.R. & Fuertes, V. (2014). Local Worlds of Marketization – Employment Policies in Germany, Italy and the UK Compared. *Special Issue: Markets and the New Welfare: Buying and Selling the Poor*, 48, (2), 127–148
- Zolkoski, S.M. & Bullock, L.M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34, 2295-2303
<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.009>
- Zonda, T. (2006). One-Hundred Cases of Suicide in Budapest. A Case - Controlled Psychological Autopsy Study. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27 (3), 125-129.
- Zwick, W.R. & Velicer, W.F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99, 432-442.

ANEXOS:

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Vicerrectorado de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación

COMISIÓN DE ÉTICA

Tipo de actividad: Proyecto de tesis

Referencia: CEIH 031213-8

Título de la actividad: Papel de la resiliencia en las tentativas suicidas futuras en personas con intentos previos de suicidio en la provincia de Jaén

Convocatoria y/o entidad a la que se presenta: Proyecto de tesis doctoral UJA

Doctorando: David Sánchez-Teruel

Tipo de documentación examinada: Solicitud de informe; Informe favorable del Comité de Etica de la Investigación prnvicla de Jaén

Tipo de experimentación o actividad sometida a informe: Investigación en humanos: entrevistas, encuestas y test; Utilización de datos de carácter personal

Informe que se emite: FAVORABLE

Observaciones:

Jaén, 19 de Diciembre de 2013



M^a Ángeles Peinado Herreros

Presidenta Comisión de Ética

ANEXO 2



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D^ª M^ª CARMEN AMATE BALLESTEROS, SECRETARIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE JAÉN

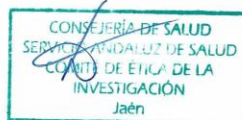
CERTIFICA:

Que el Comité de Ética de la Investigación de Jaén ha considerado emitir **informe favorable**, según consta en Acta N^º 9 de la reunión celebrada el 31 de Octubre de 2013.

Al proyecto de Investigación presentado por el Investigador Principal: D. David Sánchez Teruel de la Universidad de Jaén, Equipo Colaborador: D^ª Remedios Fernández Amela y Herrera; D^ª Isabel López Gutiérrez; D. Manuel González Cabrera; D^ª M^ª Elena Ortuñez Fernández; D^ª Remedios Ordoñez Molina; D. David Cárdenas Antón; D^ª Belén Jiménez García; D. Juan Pedro Cobo Corral; D^ª M^ª José Bermúdez Bermúdez; D^ª M^ª Patrocinio Gutiérrez Roldán; D. Francisco Rosa Jiménez; D. Juan Manuel Lorite; D^ª Rosa Oliveros; D. Francisco Andrés Serrano López, Titulado: "Papel de la resiliencia en las tentativas suicidas futuras en personas con intentos previos de suicidio en la provincia de Jaén".

Lo que firmo en Jaén a 31 de Octubre de 2013

La Secretaria del Comité de Ética de la Investigación



Fdo.: M^ª Carmen Amate Ballesteros

ANEXO 3

Escala de R de Connor-Davidson (CD-RISC)

INSTRUCCIONES: *Por favor indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases en su caso durante el mes último. Si una situación particular no le ha ocurrido recientemente, responda de acuerdo a cómo cree que se habría sentido. Marque con una "X" la opción que mejor describa cómo se siente.*

<small>All rights reserved. No part of this document may be reproduced or transmitted in any form, or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, or by information storage or retrieval system, without permission in writing from Dr. Davidson at david011@mc.duke.edu. Copyright © 2001, 2003, 2007, 2010 by Kathryn M. Connor, M.D and Jonathan R.T. Davidson, M.D.</small>	En absoluto (0)	Rara vez (1)	A veces (2)	A menudo (3)	Casi siempre (4)
1. Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte o Dios pueden ayudarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme con nuevos retos y dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras privaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bueno o malo, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. No me doy por vencido a pesar de que las cosas parezcan no tener solución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Durante los momentos de estrés/crisis, se dónde puedo buscar ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bajo presión, me centro y pienso claramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros tomen todas las decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No me desanimo fácilmente con el fracaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Puedo tomar decisiones no populares o difíciles que afectan a otras personas, si es necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Al enfrentarme a los problemas de la vida, a veces actúo por un presentimiento sin saber por qué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tengo muy claro lo que quiero en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Siento que controlo mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me gustan los retos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Trabajo para conseguir mis objetivos sin importarme las dificultades que encuentro en el camino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Estoy orgulloso de mis logros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 4

La Escala de Resiliencia de 14-Item (RS-14)

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde "1" (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a "7" (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con un enunciado, el círculo de "1". Si no está muy seguro, haga un círculo en el "4", y si está totalmente de acuerdo, haga un círculo en el "7", y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de números. Haga un círculo en la respuesta adecuada

Wagnild (2009b) (Adaptación y validación al español Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015a) (ER-14 en español)	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
3. En general, me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 5

SRI-25

Lea detenidamente las afirmaciones que se presentan a continuación y, por favor, sea lo más sincero posible. Marque con una **X**, la respuesta que mejor describa sus actitudes, creencias o sentimientos, de acuerdo con la siguiente escala: **Totalmente desacuerdo**, **En desacuerdo**, **De acuerdo** y **Totalmente de acuerdo**

<i>Osman et al., (2004) (traducción de Villalobos-Galvis et al. 2012)</i>	Totalmente Desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Hay muchas cosas que me gustan de mí mismo				
2. Casi siempre me veo como una persona feliz				
3. Si yo hablara de suicidarme, mis familiares o amigos, me dedicarían el tiempo que fuera necesario para escucharme				
4. Puedo aguantar el dolor que se siente al ser rechazado o criticado, sin pensar en suicidarme				
5. Me quiero tal y como soy				
6 Si pensara en suicidarme, podría hablar de esto tranquilamente con mis familiares o amigos				
7. Si tengo algún problema, puedo contar con algún familiar o amigo cercano para que me ayude (por ej., con dinero o alojamiento)				
8. Aunque me sienta muy mal, puedo controlar la idea de suicidarme				
9. Casi siempre tengo metas que creo que son posibles de alcanzar				

10. Aunque me sienta triste o deprimido, puedo controlar las "ganas" de suicidarme				
11. Estoy satisfecho con la mayoría de cosas en mi vida				
12. Si estoy en una situación difícil, puedo evitar pensar en el suicidio				
13. Me siento orgulloso de mí mismo en muchos aspectos				
14. Soy capaz de controlar el deseo de hacerme daño o herirme, cuando alguien me critica				
15. Si pensara en suicidarme, podría pedirle apoyo emocional a mis familiares o amigos cercanos				
16. Aunque mis familiares o amigos cercanos estén disgustados conmigo, puedo hablar ellos de mis problemas personales				
17. Puedo encontrar a alguien (familiar o amigo) que me ayude a enfrentar la idea de suicidarme				
18. Cuando me siento solo o aislado de los demás, puedo controlar las ideas de suicidarme				
19. Siento que soy una persona emocionalmente fuerte				
20. A pesar de los problemas que tenga, puedo sentirme bien conmigo mismo				
21. Si tengo problemas, puedo pedirle ayuda a las personas cercanas a mí, en vez de intentar suicidarme				
22. Tengo amigos o familiares a quienes puedo acudir para que me den apoyo emocional, si llegara a pensar en suicidarme				

23. Cuando me enfrento a situaciones humillantes o vergonzosas, puedo evitar pensar en el suicidio				
24. Aunque sienta que mi futuro es incierto, no pienso en el suicidio				
25. Me siento bien conmigo mismo				

ANEXO 6

ERATS-18

Esta escala pretende conocer algunos aspectos de su vida. Conteste todas las preguntas marcando con una (x) en el número, según considere que se aplica mejor a su situación.

	Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
1. Veo siempre el vaso medio lleno, en vez de medio vacío	0	1	2	3	4
2. Soy una persona valiosa	0	1	2	3	4
3. Si tengo algún problema pido ayuda a mi familia o amigos	0	1	2	3	4
4. Tengo planes para el futuro	0	1	2	3	4
5. Me tomo los problemas con humor	0	1	2	3	4
6. Las emociones no me superan	0	1	2	3	4
7. Hago amigos con facilidad	0	1	2	3	4
8. Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos	0	1	2	3	4
9. Tengo la esperanza de tener una vida feliz	0	1	2	3	4
10. Soy capaz de controlar mi enfado	0	1	2	3	4
11. Con frecuencia pienso antes de actuar	0	1	2	3	4
12. Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa	0	1	2	3	4
13. Soy capaz de contar mis problemas a familiares o amigos	0	1	2	3	4
14. Cuento con un grupo de amigos para divertirme	0	1	2	3	4
15. Cuando algo me preocupa tengo personas que me consuelan, escuchan y animan	0	1	2	3	4
16. Controlo mis impulsos, aunque me presionen	0	1	2	3	4
17. Sé sacar la parte cómica a los problemas	0	1	2	3	4
18. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	0	1	2	3	4