

Riesgo de suicidio e inteligencia emocional de los adolescentes en acogimiento residencial

Cristina Bonet Mas

<http://hdl.handle.net/10803/670270>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Título	Riesgo de suicidio e inteligencia emocional de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial.
Realizada por	Cristina Bonet Mas
en el Centro	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna
y en el Departamento	Psicología
Dirigida por	Dra. Mercè Gimeno Santos y Dra. Carolina Palma Sevillano

“No puedo pensar en ninguna necesidad en la infancia tan fuerte
como la necesidad de protección de un padre”

Sigmund Freud

Agradecimientos

Durante este largo recorrido, he tenido la suerte de poder contar con la participación, colaboración y apoyo de muchas personas a las que quiero agradecer el haber formado parte de este proyecto.

En primer lugar, gracias a mis directoras de tesis, la Dra. Carolina Palma Sevillano y la Dra. Mercè Gimeno Santos. Gracias Mercè y Carol por confiar en mí desde el primer momento en el que me tendisteis la mano, por enseñarme a persistir a pesar de las circunstancias y por transmitirme vuestra energía y positividad durante todo este proceso. Vuestra guía y apoyo constante han sido indispensables para seguir adelante con este proyecto.

Gracias a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* por ofrecerme la oportunidad de formarme como psicóloga y como investigadora durante los últimos diez años de mi vida, donde he podido realizar un crecimiento tanto a nivel profesional como a nivel personal.

Gracias al Dr. Jordi Segura Bernal, investigador principal del *Grup de Recerca de Comunicació i Salut (COMSAL)*, por acompañarme durante todo este proceso, impulsarme a seguir adelante y mostrarse siempre dispuesto a ayudar cuando lo he necesitado, transmittiéndome su cariño y generosidad.

Gracias a la *Direcció general d'Atenció la Infància i l'Adolescència (DGAIA)* por aceptar formar parte del proyecto del que deriva esta tesis y por ofrecernos la oportunidad de trabajar con los adolescentes que participaron, a los que quiero agradecer especialmente su colaboración y el haberme ofrecido la oportunidad de aprender en primera persona lo que es la resiliencia.

Gracias a Ferran y a Míriam por haber formado parte de este proceso y por su implicación en el mismo, así como a aquellos profesionales que colaboraron en la aplicación del programa de intervención.

A Laia, gràcies per la teva implicació, per escoltar-me, guiar-me i donar-me el teu recolzament durant tot aquest procés.

A los amigos y familiares que, desde su desconocimiento del ámbito en el que se enmarca este proyecto, me han brindado su apoyo y su cariño constante. Especialmente, a mis padres, Maria y Raul, por su estima y apoyo incondicional. A mi madre, *gràcies per haver-me fet costat i acompanyar-me en els moments més difícils, ensenyant-me el valor de la cultura de l'esforç*. A mi padre, *gràcies pel teu suport i per no deixar de creure en mi*. A mis amigas y, en especial, a Cris y a Anna, *gràcies per ser partíceps d'aquest llarg camí, escoltant-me, donant-me suport i mostrant un interès constant en el meu projecte*.

A tots vosaltres, gràcies

Tesis doctoral por compendio de publicaciones

Publicaciones

Bonet, C., Palma, C., y Gimeno-Santos, M. (2020). Relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional de los adolescentes: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 63-76.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.8>

Bonet, C., Palma, C., y Gimeno-Santos, M. (2020). Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 30-37.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.07.1.4>

Bonet, C., Palma, C., y Gimeno-Santos, M. (2020). Effectiveness of Emotional Intelligence Therapy on suicide risk among adolescents in residential care. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20(1), 61-74.

Contribuciones en congresos

Bonet, C. (2016, 4 de noviembre). *Inteligencia emocional, necesidades psicológicas básicas y riesgo de suicidio en adolescentes tutelados* [ponencia]. III Congreso Nacional y I Congreso Iberoamericano de Inteligencia Emocional, Barcelona, España.

Otros méritos

Bonet, C. (2017, 9 de marzo). *Es relaciona la intel·ligència emocional amb la simptomatologia clínica en els adolescents?* [mesa redonda]. Intel·ligència Emocional i Psicopatologia (V Edició), Barcelona, España.

Bonet, C. (2016, 19 de julio) *¿Qué se esconde bajo el acto de quitarse la vida?* PsiAra, Revista del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya.
http://www.psiara.cat/view_article.asp?id=4709

Índice

Introducción.....	17
-------------------	----

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

1. El maltrato infantil

1.1. Conceptualización y tipos de maltrato	27
1.2. Problemáticas asociadas: Trastornos internalizados y externalizados	34
1.3. Los déficits de regulación emocional como mecanismo transdiagnóstico	42
1.3.1. Impacto del maltrato infantil en el desarrollo de habilidades de regulación emocional	42
1.3.2. Disregulación emocional y problemáticas asociadas al maltrato infantil...	48
1.3.3. El papel modulador de la regulación emocional	50

2. El sistema de protección en Cataluña

2.1. <i>Direcció general d'Atenció a l'Infància i l'Adolescència</i>	56
2.2. El acogimiento residencial: Evolución y estado actual	63
2.3. Perfil psicosocial de los adolescentes en acogimiento residencial	67

3. La inteligencia emocional

3.1. Principales modelos de la inteligencia emocional.....	75
3.2. El modelo de Mayer y Salovey	77
3.3. La evaluación de la inteligencia emocional desde el modelo de habilidad.....	84
3.3.1. Medidas de habilidad.....	84
3.3.2. Medidas de autoinforme	85
3.4. La inteligencia emocional percibida en la adolescencia	87

4. Riesgo de suicidio en población adolescente

4.1. La <i>suicidología</i> contemporánea	96
---	----

4.1.1. Teoría del <i>Psychache</i>	96
4.1.2. Teoría Interpersonal del Suicidio	100
4.2. Necesidades psicológicas básicas.....	104
4.3. Etiología del suicidio y factores de riesgo en población adolescente	108
4.4. Terapias validadas para la prevención del suicidio en adolescentes	117

5. Terapia basada en Inteligencia Emocional

5.1. Bases de la Terapia basada en Inteligencia Emocional.....	129
5.1.1. Tipos de emociones y su funcionalidad.....	130
5.1.2. El proceso y la dinámica del proceso emocional.....	134
5.1.3. El diagnóstico emocional.....	139
5.2. Objetivos	140
5.3. Desarrollo de la intervención	143

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

1. Objetivos e hipótesis

1.1. Objetivos generales y específicos	155
1.2. Hipótesis generales y específicas	157

2. Método

2.1. Primer artículo. <i>Relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en adolescentes: Una revisión sistemática</i>	161
2.1.1. Diseño.....	161
2.1.2. Bases de datos.....	161
2.1.3. Parámetros de búsqueda	161
2.2. Segundo artículo. <i>Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales</i>	162
2.2.1. Diseño.....	162
2.2.2. Participantes.....	162

2.2.3. Instrumentos	163
2.2.4. Procedimiento	164
2.2.5. Análisis estadístico	165
2.3. Tercer artículo. <i>Effectiveness of Emotional Intelligence Therapy on suicide risk among adolescents in residential care</i>	165
2.3.1. Diseño	165
2.3.2. Participantes.....	166
2.3.3. Instrumentos	167
2.3.4. Procedimiento	168
2.3.5. Análisis estadístico	170
2.3.6. Aspectos éticos	171
3. Resultados	
3.1. Primer artículo. <i>Relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en adolescentes: Una revisión sistemática</i>	177
3.2. Segundo artículo. <i>Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales</i>	193
3.3. Tercer artículo. <i>Effectiveness of Emotional Intelligence Therapy on suicide risk among adolescents in residential care</i>	203
4. Discusión.....	221
5. Conclusiones	245
Referencias	251
Apéndice	309

Lista de tablas y figuras**Tablas**

Tabla 1. Principales Sistemas de Clasificación del Maltrato Infantil	31
Tabla 2. Principales Tipologías de Maltrato Infantil	32
Tabla 3. Adaptación de la TIE	169

Figuras

Figura 1. Circuito del Sistema de Protección Catalán ante Casos de Sospecha de Maltrato	57
Figura 2. Distribución de los Niños y Adolescentes bajo Medida Protectora en Función del Grupo Edad	59
Figura 3. Distribución de los Niños y Adolescentes en Función de la Medida Protectora.....	60
Figura 4. Cifras de Niños y Adolescentes Acogidos en Familia y en Centro, y de Adolescentes sin Referentes Familiares bajo Medida Protectora durante el período 2016 – 2020.....	61
Figura 5. Teoría Interpersonal del Suicidio	99
Figura 6. Dinámica del Proceso Emocional	136
Figura 7. Diseño del Estudio 3	165
Figura 8. Diagrama de Flujo de Participantes	167

Lista de abreviaturas

BNSG-S	Basic Needs Satisfaction in General Scale
COPC	Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya
CRAE	Centro Residencial de Acción Educativa
CREI	Centro Residencial de Educación Intensiva
DGAIA	Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
EAlA	Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia
EFI	Equipo Funcional de Infancia
ETCA	Equipo Técnico de Centro de Acogida
EVAMI	Equipo de Valoración del Maltrato Infantil
FPCEE	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
IE	Inteligencia Emocional
IEP	Inteligencia Emocional Percibida
ISO-30	Inventory of Suicide Orientation
LDOIA	Ley 14/2010, del 27 de mayo de 2010, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia
MEIS	Multifactor Emotional Intelligence Scale
MLG	Modelo Lineal General
MSCEIT	Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test
NPB	Necesidades Psicológicas Básicas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEC	Proyecto Educativo del Centro
PEI	Proyecto Educativo Individualizado
PEM	Programa Educativo Marco

ROME	Record of Maltreatment Experiences
SCJ	Sistema de Clasificación Jerárquico
SCJE	Sistema de Clasificación Jerárquico Extendido
SCM	Sistema de Clasificación del Maltrato Infantil
SCMM	Sistema de Clasificación del Maltrato Infantil Modificado
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSRI	Schutte Self-Report Inventory
TAD	Teoría de la Autodeterminación
TBH	Terapia basada en Habilidades
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
TCC-PS	Terapia Cognitivo-Conductual para la Prevención del Suicidio
TDC-A	Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes
TFBA	Terapia Familiar Basada en el Apego
TGD	Terapia Grupal del Desarrollo
TIE	Terapia basada en Inteligencia Emocional
TIP-A	Terapia Interpersonal para Adolescentes
TMMS	Trait Meta-Mood Scale
TMS	Terapia Multisistémica
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

Los malos tratos en la infancia representan uno de los principales factores ambientales de riesgo para el desarrollo de psicopatologías y múltiples problemáticas asociadas a corto y a largo plazo (Cicchetti y Toth, 2005; Green et al., 2010; Kessler et al., 2010; Lansford et al., 2002; Mclaughlin et al., 2012). Las evidencias señalan que las experiencias de maltrato infantil conllevan repercusiones en prácticamente todas las áreas del desarrollo y contribuyen de forma inespecífica al posterior desarrollo de psicopatologías que pueden ser concebidas en términos de internalización y externalización (Heleniak et al., 2016; Jaffee, 2017; Kendler et al., 2003; Kim y Cicchetti, 2010; Krueger et al., 2005; Linscott y Van Os, 2013). La adolescencia constituye un periodo sensible del desarrollo caracterizado por múltiples cambios neurobiológicos, cognitivos y socioemocionales (Ernst y Fudge, 2009; Moretti y Peled, 2004; Spear, 2000) que exacerban la vulnerabilidad al desarrollo de las problemáticas asociadas al maltrato (Cicchetti y Rogosch, 2002; Duprey et al., 2019). El modo en el que los adolescentes afrontan esta etapa de transición resulta crucial para pronosticar la evolución de los efectos del maltrato durante la edad adulta, por lo que la implementación de intervenciones tempranas en este colectivo se considera un imperativo a fin de prevenir que tales efectos se cronifiquen y deriven en consecuencias mayores (Johnson y James, 2016; Springer et al., 2003).

Una de las principales y más preocupantes consecuencias de la presencia concurrente de problemáticas internalizadas y externalizadas en los adolescentes que han sufrido experiencias de maltrato es el desarrollo de pensamientos y/o comportamientos suicidas. Concretamente, estas problemáticas han sido conceptualizadas como las vías a través de las cuales el maltrato infantil confiere riesgo de suicidio, especialmente cuando concurren durante la adolescencia (Duprey et al.,

2019; Kerr et al., 2013; Verona et al., 2004). En España, el suicidio es la segunda causa de muerte en los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años (Instituto Nacional de Estadística de España, 2018). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) reconoció el suicidio como una prioridad de salud pública que se puede prevenir, siendo su prevención un “imperativo global” que requiere identificar aquellos colectivos de riesgo para promover intervenciones tempranas. Los resultados de la literatura muestran que al menos uno de cada cuatro adolescentes víctimas de maltrato han experimentado ideaciones y/o tentativas suicidas, por lo que se trata de un colectivo de riesgo al que debe prestarse especial atención (Coohey et al., 2014; Taussig et al., 2014). Sin ir más lejos, la prevalencia de ideaciones y tentativas suicidas en los adolescentes tutelados por la administración duplica y triplica respectivamente las tasas registradas en población general (Evans et al., 2017).

Identificar los mecanismos que vinculan el maltrato infantil con el desarrollo de problemáticas internalizadas y externalizadas es crucial para desarrollar intervenciones tempranas dirigidas a prevenir el riesgo de suicidio en este colectivo. Las dificultades de regulación emocional han demostrado ser un mecanismo subyacente al desarrollo de las problemáticas asociadas al maltrato infantil (Compas et al., 2017; Weissman et al., 2019), incluyendo los comportamientos suicidas (Espeleta et al., 2018). El modelo de inteligencia emocional (IE) de Mayer y Salovey (1997) ofrece un marco conceptual completo a través del cual se recogen aquellas habilidades necesarias para llegar a regular adecuadamente las emociones. Desde esta conceptualización, la IE ha demostrado ejercer un papel protector en el desarrollo de ideaciones y tentativas suicidas en adolescentes con historia de abuso sexual (Cha y Nock, 2009).

La presente tesis pretende aplicar una intervención dirigida a fomentar las habilidades de IE en los adolescentes tutelados en centros residenciales y evaluar su

efectividad a la hora de mitigar los factores que confieren riesgo de suicidio en este colectivo. Para ello, se aplica una versión adaptada de la Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE; Lizeretti, 2012) que trabaja con el modelo de IE de Mayer y Salovey (1997) a fin de desarrollar aquellas habilidades necesarias para regular adecuadamente las emociones. Este propósito se enmarca en un proyecto más amplio financiado por la Fundación Ramón Rosal que deriva de un convenio de colaboración entre el *Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya* (COPC) -en el contexto del Grupo de Trabajo en Inteligencia Emocional-, la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna* (FPCEE) y la DGAIA. Ello permite seguir implementando la intervención en este colectivo, expandir los resultados obtenidos en esta tesis y analizar otros indicadores de interés para determinar la idoneidad de aplicar la TIE en este perfil de población. Asimismo, el desarrollo de esta tesis se ha visto enriquecido por la formación específica recibida entre el 2015 y el 2017 a través del *Máster de Inteligencia Emocional en el Àmbit Social y de la Salut* de la FPCEE que permitió adquirir las bases teóricas de la IE y desarrollar las estrategias necesarias para aplicar la TIE en el colectivo de interés.

Estructura de la tesis

Esta tesis se estructura en dos partes. En primer lugar, se presenta un marco teórico dirigido a contextualizar y asentar las bases teóricas del estudio. En la segunda parte, la parte empírica, se expone la investigación que se ha llevado a cabo a través de los tres estudios publicados.

En la **parte teórica**, el **primer capítulo** ofrece una breve conceptualización del maltrato infantil y una revisión de sus principales consecuencias psicológicas, especialmente aquellas que se dan en la adolescencia. Se da especial énfasis a las problemáticas que la literatura ha señalado como principales trayectorias hacia los

comportamientos suicidas en este colectivo, los trastornos o sintomatología internalizada y externalizada, así como a las dificultades de regulación emocional como mecanismo implicado. En el **segundo capítulo**, se pretende contextualizar la población objeto de estudio haciendo un breve recorrido por el sistema de protección catalán. Para ello, se empieza describiendo el órgano competente en materia de protección de menores (DGAIA) y su funcionamiento dentro del marco legislativo catalán vigente para, posteriormente, ir focalizando la atención en el acogimiento residencial y las principales características de los adolescentes sujetos a esta medida protectora. En el **tercer capítulo** se presenta el modelo conceptual de IE desde el que trabaja la TIE, donde se describen las dos dimensiones de IE concebidas desde este modelo (objetiva y subjetiva). Concretamente, la dimensión objetiva incluye aquellas habilidades que se pretenden desarrollar a través de la TIE y la dimensión subjetiva o inteligencia emocional percibida (IEP) corresponde a la experiencia reflexiva sobre las habilidades de IE, constructo que se evalúa posteriormente en la parte empírica. Para concluir el capítulo, se dedica un apartado dirigido a revisar aquellos resultados obtenidos por la literatura sobre la IEP en población adolescente a fin de poder ser contrastados posteriormente con los resultados obtenidos. En el **cuarto capítulo** se efectúa un breve recorrido por los principales modelos contemporáneos del suicidio que tratan de ofrecer una explicación integral a la dinámica hacia el suicidio, concediendo especial relevancia a las necesidades insatisfechas subyacentes. La segunda mitad de este capítulo se centra en la población adolescente, proporcionando una explicación sobre la etiología del suicidio y los factores que confieren riesgo en población adolescente, así como las terapias validadas en esta población destinadas a la prevención de los comportamientos suicidas. Finalmente, en el **quinto capítulo** se describe la TIE, exponiendo brevemente las bases teóricas sobre las que se sustenta, los objetivos y el desarrollo de la misma.

La **parte empírica** se inicia formulando los **objetivos** de la investigación y las **hipótesis** de las que derivan. Al tratarse de una tesis por compendio de artículos, cada uno de los estudios publicados dará respuesta a uno de los objetivos planteados a través de metodologías dispares. Por este motivo, se describe un **método** para cada uno de los estudios que buscan dar respuesta a los objetivos anteriormente descritos: una revisión sistemática, donde se especifican los parámetros de la revisión y las bases de datos en las que se ha efectuado; un estudio descriptivo transversal, donde se detallan los participantes, los instrumentos aplicados, el procedimiento que se ha seguido para la evaluación y los análisis estadísticos efectuados para obtener los resultados; y un ensayo clínico de muestras repetidas, donde se especifican los participantes, los instrumentos aplicados, el procedimiento efectuado en el que se describe la versión aplicada de la TIE y los aspectos éticos que han regido el estudio. Siguiendo el mismo criterio, en el apartado de **resultados** se presentan las tres publicaciones que dan respuesta a los objetivos formulados inicialmente. Una vez expuestas, se presenta una **discusión** de los resultados obtenidos en cada una de ellas, donde éstos son contrastados con el marco teórico, argumentando también aquellas limitaciones detectadas y las perspectivas de futuro. Finalmente, se exponen las **conclusiones** vinculadas al cumplimiento o no de las hipótesis formuladas inicialmente. Finalmente, se exponen las **referencias bibliográficas** y el **apéndice** que incluye los resúmenes de la investigación; el convenio de colaboración entre el COPC, la DGAIA y la FPCEE; el documento de consentimiento informado que se proporcionó a los participantes al inicio de la investigación; y el formulario a través del cual se recogieron las variables sociodemográficas de los mismos.

Por lo que respecta a la contribución específica de la doctoranda en los tres artículos que componen esta tesis, el papel desarrollado en todos ellos es el de primera

autora, orientada por las directoras de tesis quienes figuran como coautoras de los mismos. Concretamente, en el primer artículo, la contribución de la doctoranda consistió en trazar el diseño y los parámetros de búsqueda de la revisión, así como en efectuar la búsqueda bibliográfica y la redacción del artículo; en el segundo artículo, su contribución consistió en participar en el proceso de recogida de los datos, delimitar el diseño, realizar el análisis de los datos y redactar el artículo; finalmente, en el tercer artículo, la doctoranda contribuyó participando en la delimitación del diseño y en el trabajo de campo (recogida de los datos y aplicación del programa de intervención), y efectuó el análisis de los datos y la redacción del artículo.

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

1. EL MALTRATO INFANTIL

1.1. Conceptualización y tipos de maltrato

1.2. Problemáticas asociadas: Trastornos internalizados y externalizados

1.3. Los déficits de regulación emocional como mecanismo transdiagnóstico

1.3.1. Impacto del maltrato infantil en el desarrollo de habilidades de regulación emocional

1.3.2. Disregulación emocional y problemáticas asociadas al maltrato infantil

1.3.3. El papel modulador de la regulación emocional

1. El maltrato infantil

1.1. Conceptualización y tipos de maltrato

El maltrato infantil representa uno de los principales obstáculos para que los procesos del desarrollo se desenvuelvan con normalidad (Cicchetti, 2002). La investigación llevada a cabo en este campo examina una amplia gama de experiencias contextuales que afectan al correcto desarrollo, cuyas contribuciones no solo permiten ampliar conocimiento sobre su impacto en el desarrollo de las víctimas, sino que también son necesarias para mejorar la calidad de la práctica clínica y la formulación de políticas legales para los niños maltratados (Cicchetti y Toth, 2005; Toth y Cicchetti 1993). Sin embargo, existe una evidente falta de consenso en la comunidad científica respecto a la conceptualización del maltrato infantil, cuya definición y parámetros de clasificación se ven altamente condicionados por el contexto que los delimita y el uso que se les pretende dar (Cicchetti y Toth, 2005).

En primer lugar, el maltrato infantil es una cuestión que incumbe directamente a las autoridades legales, quienes constituyen uno de los principales contextos desde el que se delimitan sus parámetros conceptuales. En este sentido, una definición de maltrato aceptable para fines científicos o de investigación podría no ser viable en un entorno legal. De manera similar, los diferentes ámbitos profesionales desde los que se pueden detectar casos de maltrato infantil corresponden a disciplinas dispares que pueden aportar una visión diferencial del concepto. Por ejemplo, un modelo médico se enfoca en signos evidentes de maltrato y, aunque es efectivo para la práctica médica, es probable que tal definición omita otras formas más sutiles de maltrato (Cicchetti y Toth, 2005). A esto se le debe añadir que las diferentes culturas y momentos históricos ejercen un importante impacto en la delimitación de lo que sería una práctica parental aceptable y una práctica de maltrato, lo que dificulta aun más alcanzar un consenso

incluso dentro de un mismo ámbito o disciplina (Barnett et al., 1993). Otro debate recurrente que ha contribuido al desacuerdo de los parámetros que delimitan el maltrato infantil ha girado en torno a si éste debía definirse en función de las acciones del perpetrador, los efectos sobre el niño o una combinación de ambos y, en particular, si la intencionalidad a la hora de ejercer el maltrato debe ser considerada o no (Barnett et al. 1993; McGee y Wolfe, 1991).

Entre las definiciones más empleadas de maltrato infantil, se pueden destacar aquellas acuñadas por los principales organismos nacionales e internacionales:

Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas (1989):

Toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2006):

Los menores víctimas de maltrato y abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufren, ocasional o habitualmente, actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016):

Cualquier tipo de abuso físico, psicológico o sexual, desatención, negligencia y/o explotación comercial, que puedan causar un daño a la salud, desarrollo o

dignidad a las personas menores de 18 años, o que puedan poner en peligro su supervivencia. Todo ello entendido dentro de un contexto de responsabilidad, confianza o poder.

Observatorio de la Infancia (2008):

Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. (p. 14)

Las discrepancias en torno al maltrato infantil no solo quedan plasmadas en su conceptualización teórica, sino también metodológica. Existe una importante heterogeneidad entre los principales modelos de clasificación del maltrato infantil que ha demostrado incluso alterar de forma sustancial las estadísticas, las conclusiones sobre su etiología, los modelos de prevención y las pautas de intervención (Muela et al., 2008). Las principales características de los sistemas de clasificación del maltrato infantil se resumen brevemente a continuación (ver Tabla 1):

El *Sistema de Clasificación Jerárquico* (SCJ; Lau et al., 2005) fue el primero en desarrollarse y el más empleado para codificar las experiencias de maltrato. Éste busca obtener una tipificación concreta y sencilla partiendo de una concepción dicotómica del maltrato, es decir, determinado su presencia o ausencia, y haciéndolo respecto a un único tipo de maltrato (tipo de maltrato predominante). En este sentido, Kinard (1998) plantea que algunos tipos de maltrato son inherentemente más perjudiciales que otros por ser activos y violar en mayor medida las normas sociales. Desde este modelo, se establece una clara distinción entre las formas activas (e.g., abuso sexual, maltrato físico) y pasivas de maltrato (e.g., negligencia). Las formas activas de maltrato son

aquellas que implican una acción que provoca un daño al menor, mientras que las pasivas hacen referencia a la omisión de acciones necesarias para el bienestar del menor (Barudy, 1998). En base a estas consideraciones, en un SCJ las formas activas de maltrato prevalecen a las pasivas a la hora de codificar el tipo de maltrato predominante.

El *Sistema de Clasificación del Maltrato Infantil* (SCM; Barnett et al., 1991), por su parte, incorpora otras dimensiones del maltrato para determinar el tipo de maltrato predominante, tales como la gravedad y la frecuencia. En este sistema, el abuso sexual comórbido, por ejemplo, no será considerado el tipo de maltrato predominante si es menos severo y/o infrecuente que otros tipos de maltrato experimentados por la víctima. Sin embargo, esta clasificación se complica cuando el niño experimenta múltiples tipos de maltrato que varían en su gravedad, duración, períodos del desarrollo, etc. Partiendo de este modelo, English y el equipo de investigación LONGSCAN (1997) crearon el *Sistema de Clasificación del Maltrato Infantil Modificado* (SCMM) en el que añadieron una mayor especificidad a los tipos de maltrato discriminando entre una serie de subtipos dentro de cada una de las tipologías. McGee et al. (1997) también desarrollaron un sistema de clasificación basado en el SCM denominado *Record of Maltreatment Experiences (ROME)*, que propone como dimensiones fundamentales el estadio de desarrollo, el tipo de maltrato y el género de las víctimas. Concretamente, la dimensión del género fue incluida tras descubrir que la negligencia y el maltrato emocional eran los tipos de maltrato con mayor impacto en el desarrollo de problemáticas conductuales de las niñas, mientras que en los niños eran el maltrato físico y emocional aquellos con mayor capacidad predictiva sobre estas problemáticas.

Finalmente, el *Sistema de Clasificación Jerárquico Extendido* (SCJE; Lau et al., 2005) surge de la identificación de importantes discrepancias entre el SCJ y el SCM a la hora de proporcionar el tipo de maltrato predominante respecto a los mismos casos. Este

sistema busca aportar precisión al SCJ estableciendo una distinción entre cada una de las formas aisladas de maltrato y combinaciones entre algunas de ellas, defendiendo que la suma de determinados tipos de maltrato puede intervenir significativamente en la magnitud de sus efectos.

Tabla 1.

Principales Sistemas de Clasificación del Maltrato Infantil

Sistemas jerárquicos	Sistema de Clasificación Jerárquico (SCJ)	1. Tipos de maltrato¹	
		- Abuso sexual - Maltrato físico	- Negligencia - Maltrato emocional
	Sistema de Clasificación Jerárquico Extendido (SCJE)	1. Tipos de maltrato¹	
		- Abuso sexual - Abuso sexual y otro tipo de maltrato - Maltrato físico	- Negligencia - Maltrato físico y negligencia - Maltrato emocional
Sistemas no jerárquicos	Sistema de Clasificación del Maltrato Infantil (SCM)	1. Tipos de maltrato	2. Gravedad 3. Frecuencia/Cronicidad 4. Período del desarrollo 5. Separación/Emplazamiento 6. Perpetrador
		- Maltrato físico - Abuso sexual - Maltrato emocional - Negligencia física - Maltrato moral/legal/educativo	
	Sistema de Clasificación del Maltrato Infantil Modificado (SCMM)²	- Maltrato infantil: Maltrato físico en cabeza, torso, nalgas, miembros, conducta violenta, ahogamiento, quemaduras, sacudida, etc. - Negligencia: No cubrir necesidades de alimentación, higiene, ropa, cobijo, etc.; falta de supervisión, cuidado sustitutivo, etc. - Abuso sexual: Exposición, explotación, penetración, etc. - Maltrato emocional: Seguridad física y psicológica (<i>10 subtipos</i>), aceptación y autoestima (<i>8 subtipos</i>), autonomía personal apropiada para la edad (<i>4 subtipos</i>), limitaciones (<i>5 subtipos</i>).	
	Record of Maltreatment Experiences (ROME)	1. Tipos de maltrato - Maltrato psicológico - Exposición a violencia familiar - Abuso sexual - Maltrato físico - Prácticas parentales constructivas ³ 2. Estadio del desarrollo 3. Género	

Nota. ¹Ordenados según los criterios jerárquicos; ²Se presentan únicamente los elementos ampliados respecto al SCM; ³Operativizan la negligencia. Fuente: Adaptado de Muela et al. (2010).

Como se indica en la Tabla 2, en general, podemos distinguir cuatro categorías de maltrato ampliamente aceptadas y reconocidas en todos los contextos desde los que se aborda (Barnett et al., 1993; Cicchetti y Lynch, 1995; Cicchetti y Toth, 2005).

Tabla 2.

Principales Tipologías de Maltrato Infantil

	Definición	Indicadores	Requisitos
Maltrato físico	Acción no accidental de un adulto que provoca un daño físico o enfermedad en el niño/a o que le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada.	Heridas, magulladuras o moratones, quemaduras, fracturas, torceduras o dislocaciones, señales de mordeduras humanas, cortes, pinchazos, lesiones internas, asfixia o ahogamiento.	a) Lesiones no habituales en un niño de su edad y características producidas al menos una vez. b) Aunque no se perciba ninguno de los indicadores señalados, hay certeza de que el niño/a ha padecido lesiones de este tipo causadas por adultos, o de que los adultos utilizan un castigo físico excesivo.
Abuso sexual	Uso que un adulto hace de un menor de 18 años para satisfacer deseos sexuales.	El niño/a es utilizado para realizar actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Pueden observarse dificultades para andar o sentarse, indicadores fisiológicos y conductas que no se corresponden a su nivel de desarrollo.	Se requiere que haya habido al menos un episodio de uso sexual de un menor.
Negligencia	Situación en la que las necesidades físicas básicas de un niño/a y su seguridad no son atendidas por quienes tienen la responsabilidad de cuidarlo.	Suciedad llamativa, hambre habitual, falta de protección contra el frío, necesidades médicas no atendidas, accidentes domésticos debidos a negligencias, períodos prolongados de tiempo sin supervisión.	Se requiere que alguno o algunos de los indicadores se den de forma reiterada.
Maltrato emocional	No tener en cuenta las necesidades psicológicas del niño/a, especialmente las que tienen que ver con las relaciones interpersonales y con la autoestima.	Rechazar al niño/a, aterrorizarle, privarle de relaciones sociales, insultarle, ridiculizarle, ignorar sus necesidades emocionales y de estimulación, notable frialdad afectiva.	Se requiere que alguno o algunos de los indicadores se den de forma reiterada.

Fuente: Adaptado de Palacios et al. (1995).

Respecto a la categoría de maltrato emocional, algunos autores también incluyeron el abandono (Hart y Brassard, 1991). Existen otras tipologías de maltrato infantil menos comunes pero que también han sido contempladas desde determinados contextos y representadas en algunos estudios epidemiológicos. Entre éstas se encuentran la explotación laboral, la corrupción, la mendicidad, el maltrato prenatal, el sometimiento químico-farmacéutico, la negligencia educativa, el síndrome de Munchausen por poderes y el retraso no-orgánico en el desarrollo (Muela et al., 2008). Sin embargo, cabe tener en cuenta que aunque los sistemas de clasificación permiten sistematizar las experiencias de maltrato, éstas no siempre pueden ser claramente definidas en un tipo concreto (Muela et al., 2008). En este sentido, algunos autores sostienen que aunque en muchos casos pueda ser necesario adoptar un sistema jerárquico que permita centrarse en el tipo de maltrato de mayor trascendencia como así lo han hecho la mayor parte de los investigadores, el grado de comorbilidad existente entre las diferentes tipologías dificulta, en ocasiones, identificarlas con claridad tal y como se presentan en la teoría (Manly et al., 2001).

Finalmente, también existen distintos métodos de evaluación del maltrato. Por lo general, la literatura ha recurrido a las medidas de autoinforme (del maltratador o la víctima), los paradigmas de observación y la información procedente de los registros oficiales del sistema de protección (Cicchetti y Toth, 2005). Sin embargo, cada método está sujeto a una serie de limitaciones. En primer lugar, la fiabilidad de las medidas de autoinforme está condicionada por la voluntad del autor o la víctima de informar honestamente, así como por los sesgos de los informantes respecto a su percepción de la realidad. Cabe tener en cuenta que esta metodología implica una evaluación retrospectiva del maltrato y que los recuerdos acerca de las experiencias traumáticas pueden verse alterados con el transcurso de los años (Newbury et al., 2018). Los

métodos de observación, por su parte, implican una evaluación prospectiva del maltrato. Sin embargo, éstos pueden no dar lugar a una descripción completa del mismo al pasar por alto aquellas experiencias que no han sido observadas. Asimismo, la recogida de datos procedentes de los registros del sistema de protección también permite una evaluación prospectiva del maltrato que puede no ser del todo exhaustiva. En este sentido, existen algunas formas de maltrato menos susceptibles de ser detectadas desde los distintos ámbitos profesionales o que, incluso siendo detectadas, son más difíciles de constatar por los equipos competentes y, en consecuencia, pueden estar infrareportadas en los registros oficiales. Todo ello lleva a concluir que los enfoques multifacéticos que combinan diversas metodologías para delimitar la ocurrencia y el tipo de maltrato podrían considerarse la mejor forma de proporcionar una evaluación precisa de las experiencias de maltrato (Cicchetti y Toth, 2005).

1.2. Problemáticas asociadas: Trastornos internalizados y externalizados

Los contextos familiares en los que se producen malos tratos ejemplifican un ambiente relacional tóxico caracterizado por la ausencia de una atención estable, nutritiva y segura, así como por experiencias pobres de aprendizaje que afectan a la capacidad de los niños para resolver de forma competente los desafíos del desarrollo (Cicchetti y Banny, 2014). En consecuencia, existen afectaciones en prácticamente todas las áreas del desarrollo que los colocan en una situación de especial vulnerabilidad para el desarrollo de múltiples problemáticas psicosociales y conductuales (Kim y Cicchetti, 2006, 2010; Pacheco et al., 2013).

Existen numerosas evidencias que señalan el maltrato infantil como uno de los principales factores que predisponen al desarrollo de psicopatologías desde la infancia hasta la edad adulta (Green et al., 2010; Kessler et al., 2010; McLaughlin et al., 2015).

Las investigaciones epidemiológicas señalan las experiencias adversas en la infancia relacionadas con un mal funcionamiento familiar (e.g., maltrato infantil, violencia intrafamiliar, trastorno mental de los progenitores) como el factor principal al que se atribuye la aparición de trastornos psiquiátricos (Green et al., 2010; Kessler et al., 2010; Mclaughlin et al., 2012). Además, las personas con antecedentes de maltrato infantil pueden representar un ecofenotipo específico, al diferir en ciertos aspectos dentro de la misma categoría diagnóstica respecto a aquellas personas sin historia de maltrato. Concretamente, los trastornos desarrollados en esta población suelen tener una aparición más temprana con una sintomatología más severa (Hovens et al., 2012), un mayor riesgo de comorbilidad (Green et al., 2010; Harkness y Wildes, 2002) y una menor probabilidad de remisión tras un tratamiento estándar (Agnew-Blais y Danese, 2016).

La literatura del maltrato infantil sugiere que las problemáticas asociadas a las experiencias de maltrato se caracterizan por una serie de síntomas inespecíficos que convergen en dos dimensiones a través de las cuales podrían ser representadas: las problemáticas o trastornos de tipo internalizado y las problemáticas o trastornos de tipo externalizado (Heleniak et al., 2016; Jaffee, 2017; Kendler et al., 2003; Kim y Cicchetti, 2010; Krueger et al., 2005; Linscott y Van Os, 2013). Los trastornos internalizados incluyen problemáticas emocionales tales como la sintomatología ansiosa y depresiva, y los problemas somáticos. Los trastornos externalizados, por su parte, se refieren a aquellas problemáticas conductuales que afectan al medio social y a las relaciones con los demás, que pueden aparecer en forma de hiperactividad, agresividad, oposicionismo, comportamiento destructivo, desobediencia, impulsividad, falta de atención o actividad motora excesiva entre otras (Achenbach y Rescorla, 2001; Moreno et al., 2014).

Los estudios empíricos han presentado resultados consistentes respecto a la estrecha vinculación entre el maltrato infantil y las dimensiones generales de

sintomatología internalizada y externalizada en poblaciones de todas las edades (e.g., Heleniak et al., 2016; Keyes et al., 2012; Milojevich et al., 2019; Oswald et al., 2010; Weissman et al., 2019). Por este motivo, algunos autores sugieren emplear una medida jerárquica de psicopatología general denominada *factor p* para analizar la relación inespecífica entre el maltrato infantil y la psicopatología. Se trata de un constructo conceptualmente similar al *factor g* de la inteligencia general que recoge los aspectos compartidos entre los trastornos mentales comunes a través de los espectros psiquiátricos de internalización y externalización, prediciendo así su deterioro general (Caspi et al., 2014; Lahey et al., 2017; Patalay et al., 2015). A través del factor p, el maltrato infantil ha demostrado aumentar el riesgo de psicopatología sin presentar asociaciones residuales con tipologías sintomatológicas específicas (Caspi et al., 2014; Keyes et al., 2012).

Sin embargo, la mayoría de las investigaciones del campo han estudiado estas dos dimensiones a través de problemáticas específicas. Algunas de las principales problemáticas internalizadas identificadas por la literatura en este colectivo son la depresión, la baja autoestima y la ansiedad; así como la agresividad, el trastorno negativista-desafiante, los trastornos conductuales, las conductas antisociales y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias como principales problemáticas externalizadas (Arata et al., 2005; Heleniak et al., 2016; Jaffee, 2017; Kendler et al., 2003; Kim y Cicchetti, 2010; Krueger et al., 2005; Linscott y Van Os, 2013; Teicher et al., 2006). Éstas pueden diferir en función del sexo y la edad. Concretamente, se ha demostrado que el maltrato tiene un mayor impacto en el desarrollo de sintomatología internalizada en las mujeres y externalizada en los hombres (Curran et al., 2018).

Respecto a la edad, algunos autores sugieren que la trayectoria de las problemáticas internalizadas y externalizadas que tienden a presentar las víctimas de

maltrato infantil son más marcadas durante la adolescencia (Cicchetti y Rogosch, 2002; Duprey et al., 2019). En esta etapa, las vulnerabilidades inherentes a las experiencias de maltrato entran en interacción con los marcados cambios en los sistemas biológicos, psicológicos y sociales que experimentan los adolescentes incrementando, así, su sensibilidad a los efectos del maltrato (Cicchetti y Rogosch, 2002).

Los adolescentes con historia de maltrato tienden a presentar problemas de autoestima y sintomatología depresiva a través de sentimientos de insuficiencia e incompetencia (Ju y Lee, 2018; Pacheco et al., 2013). La baja autoestima ha sido explicada en esta población como resultado de la internalización de los mensajes negativos recibidos a través de las experiencias de maltrato (Taussig, 2002). Desde la teoría del apego, la autoestima se construye a través de la incorporación de las actitudes y valoraciones de los demás hacia uno mismo, particularmente de aquellas que proceden de los cuidadores principales durante la primera infancia (Bowlby, 1986). En consecuencia, aquellos que han sufrido malos tratos en la infancia tienden a presentar un apego inseguro y, por tanto, dificultades para construir un auto-concepto y una visión de los demás positiva que repercutirá en su patrón relacional (Camps-Pons et al., 2014). Además, algunos autores añadieron que los mensajes negativos hacia uno mismo y hacia los demás tienden a convertirse en una profecía de autocumplimiento, explicando los comportamientos destructivos y de riesgo característicos de esta población como una forma de reforzar las percepciones negativas propias y ajenas (Jehu, 1992).

Entre los trastornos externalizados más frecuentes en este colectivo destacan los trastornos oposicionistas desafiantes, los trastornos conductuales y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Carliner et al., 2017). Éstos, a su vez, se han relacionado con importantes consecuencias en su rendimiento académico (Landry et al., 2006) y funcionamiento social (Happé y Frith, 1996), así como con el riesgo cometer

huidas, absentismo, actos criminales y conductas sexuales de riesgo (Herrera y McCloskey, 2003; Leslie et al., 2010; Oshri et al., 2015). Concretamente, el bajo rendimiento académico podría ser explicado a través de las dificultades de concentración, la impulsividad, los problemas disciplinarios, los bajos niveles de motivación y ciertos déficits cognitivos relacionados con la memoria y las funciones ejecutivas detectados en esta población (Pacheco et al., 2013). Las dificultades de relación, por su parte, también son características en estos adolescentes (Denham et al., 2003; Kim y Cicchetti, 2010; Moreno-Manso et al., 2016; Pacheco et al., 2013), quienes tienden a mostrar actitudes tales como la agresividad, el retraimiento, la dominancia, la falta de tolerancia y la rigidez en sus relaciones (Moreno-Manso et al., 2016). Las dificultades de relación y el rechazo social identificados en esta población no solo pueden explicarse a través de los patrones relacionales desadaptativos inherentes a su estilo de apego (Camps-Pons et al., 2014), sino también por sus déficits en la capacidad de regular las propias emociones y expresarlas de forma socialmente apropiada, déficits que han demostrado contribuir al desarrollo de la sintomatología internalizada y externalizada directamente y a través del rechazo social (Denham et al., 2003; Kim y Cicchetti, 2010).

Impacto diferencial de las diferentes formas de maltrato

Los distintos tipos de maltrato y su severidad han demostrado incidir diferencialmente en el desarrollo de problemáticas internalizadas y externalizadas (Kim y Cicchetti, 2010; Moran et al., 2004; Oshri et al., 2015). Algunas investigaciones han explorado el impacto específico de cada tipo de maltrato sobre estas problemáticas en población infanto-juvenil. Sin embargo, para interpretar los resultados, es importante diferenciar aquellas que analizan la exposición a las diferentes experiencias de maltrato

de aquellas que evalúan su grado de severidad, pues este último factor puede ser especialmente relevante a la hora de determinar su impacto (Petrenko et al., 2012).

Entre los estudios que evaluaron la severidad de tipologías específicas de maltrato, un estudio longitudinal en adolescentes tutelados o en situación de riesgo señaló el abuso sexual y el maltrato físico severos como los principales predictores de las trayectorias más marcadas de sintomatología internalizada y externalizada (Duprey et al., 2019). De forma similar, en población infantil, otro estudio longitudinal reveló que el abuso sexual severo representa la tipología de maltrato con mayor repercusión en el desarrollo de problemáticas internalizadas y externalizadas (Litrownik et al., 2005). El maltrato físico, por su parte, estuvo más vinculado a las problemáticas de tipo externalizado y relacionadas con la ira que en aquellas de tipo internalizado, mientras que la negligencia y el maltrato emocional no predijeron ninguna de las dimensiones tras controlar las demás tipologías. En la misma línea, en preadolescentes tutelados, el maltrato físico volvió a estar fuertemente vinculado a las problemáticas externalizadas, mientras que la negligencia física lo estuvo a las internalizadas (Petrenko et al., 2012).

Entre los estudios que examinaron los efectos de la exposición al maltrato, en adolescentes tutelados, algunos señalaron el maltrato físico como la tipología de maltrato con mayor impacto en el desarrollo de conductas de riesgo (delincuencia, comportamientos suicidas, conductas sexuales de riesgo y consumo de sustancias), seguido de la negligencia cuya exposición promueve, fundamentalmente, las conductas delincuentes y el consumo de sustancias (Taussig, 2002; Taussig et al., 2014). En la misma línea, en población infantil, los niños que sufrieron maltrato físico presentaban más problemas de agresividad y hostilidad, mientras que los que fueron víctimas de negligencia tenían una mayor predisposición a presentar comportamientos más retraídos y sumisos (Prino y Peyrot, 1994). Un estudio efectuado a través del enfoque jerárquico

que, como se ha descrito en el apartado anterior, codifica el maltrato únicamente en función de la presencia o ausencia del tipo de maltrato predominante, volvió a señalar los efectos destacados del abuso sexual (Lau et al., 2005). Concretamente, estos autores observaron que los niños que habían sido expuestos a una situación de abuso sexual presentaban más problemáticas externalizadas (trastornos conductuales y sintomatología de estrés postraumático) que aquellos que habían sido víctimas de negligencia y, de forma similar, aquellos que habían sufrido maltrato físico presentaron más sintomatología de estrés postraumático que las víctimas de negligencia. Sin embargo, no se encontró un impacto diferencial en los diferentes tipos de maltrato sobre las problemáticas internalizadas.

Comportamientos suicidas

Existen evidencias sólidas que señalan las problemáticas internalizadas y externalizadas como las principales vías que subyacen al vínculo entre el maltrato infantil y los comportamientos suicidas en la adolescencia (Duprey et al., 2019; Miller et al., 2013; Ryttilä-Manninen et al., 2018; Wanner et al., 2012). La depresión, la impulsividad, las conductas disruptivas y los problemas relacionales son algunas de las que han demostrado intervenir en la relación entre el maltrato infantil y los comportamientos suicidas en adolescentes (Ryttilä-Manninen et al., 2018; Spirito y Esposito-Smythers, 2006). Sin ir más lejos, Duprey et al. (2019) en su estudio longitudinal analizaron las trayectorias internalizadas y externalizadas de este colectivo durante su adolescencia y observaron que cuando ambas cursan de forma comórbida durante esta etapa desencadenan en un alto riesgo de experimentar ideaciones suicidas y cometer tentativas.

Los comportamientos suicidas constituyen una de las principales y más preocupantes manifestaciones de estos adolescentes. Taussig et al. (2014) revelaron que más de una cuarta parte (26.4%) de los preadolescentes tutelados presentaban comportamientos suicidas (incluyendo ideaciones y tentativas). Evans et al. (2017), en su meta-análisis, observaron que la prevalencia de ideaciones y tentativas suicidas entre los niños y adolescentes tutelados duplica y triplica respectivamente las tasas obtenidas en población general. Estas problemáticas se extienden hasta la edad adulta, donde los resultados de un meta-análisis reciente revelaron que los adultos con historia de maltrato presentan un riesgo de suicidio entre dos y tres veces superior a los que no tienen una historia de maltrato (Angelakis et al., 2019). Asimismo, siguiendo con estos hallazgos, la relación entre el maltrato infantil y las tendencias suicidas adultas no se encuentra moderadas ni por las características de los participantes (e.g., sexo, presencia o severidad de psicopatologías) ni por las variaciones metodológicas identificadas entre los estudios.

Respecto a las formas específicas de maltrato, estos mismos autores revelaron que los niños y adolescentes con una historia de abuso sexual severa tenían aproximadamente tres veces más probabilidad de presentar problemáticas comórbidas de ambas dimensiones a lo largo de la adolescencia, y aquellos con una historia de maltrato físico severa tenían aproximadamente siete veces más probabilidad de presentarlas lo que, a su vez, predecía altos niveles de ideaciones suicidas y otros comportamientos suicidas (Duprey et al., 2019). De forma similar, Miller et al. (2013) en su revisión de la literatura empírica observaron que todas las formas de maltrato infantil se relacionan transversal y longitudinalmente con las ideaciones y las tentativas suicidas de los adolescentes independientemente del tipo de población (general, clínica y de riesgo) e incluso después de controlar otras variables como las demográficas y las

psicopatológicas. Sin embargo, un subconjunto de estudios señaló el abuso sexual y el maltrato emocional como aquellos cuyo impacto era ligeramente superior. Estos resultados coinciden con los obtenidos en población adulta (Angelakis et al., 2019).

1.3. Los déficits de regulación emocional como mecanismo transdiagnóstico

2.2.1. Impacto del maltrato infantil en el desarrollo de habilidades de regulación emocional

Las relaciones familiares son fundamentales para el desarrollo de mecanismos de regulación emocional, que tienden a aprenderse a través de los lazos íntimos entre padres e hijos (Brumariu, 2015; Morris et al., 2007). Durante los primeros años de vida, los padres constituyen la principal fuente de regulación de las emociones de sus hijos. A través de las experiencias vividas en la relación de apego, los niños van construyendo una representación mental de las emociones que será clave para adquirir sus propias estrategias de regulación y adaptarse a las diferentes situaciones y contextos (Bradley et al., 2006; Landry et al., 2006). De este modo, la calidad del apego y los estilos de parentalidad constituirán elementos clave para el desarrollo de estas estrategias durante la infancia (Morris et al., 2007), cuyo papel seguirá siendo decisivo en la adolescencia (Ackard et al., 2006). En consecuencia, los niños con un apego seguro internalizarán estrategias efectivas para regular las emociones dentro de la relación de apego y serán capaces de externalizarlas en las relaciones con los demás, mientras que aquellos con un apego inseguro presentarán con frecuencia dificultades de regulación emocional (Brumariu, 2015).

La regulación emocional engloba una serie de procesos intrínsecos y extrínsecos a través de los cuales los individuos modulan sus emociones de manera consciente o inconsciente (Bargh y Williams, 2007; Rottenberg y Gross, 2007) para responder

adecuadamente a las demandas ambientales a fin de conseguir el objetivo deseado (Cole et al., 2004; Gratz y Roemer, 2004; Gross, 1998; Gross y Muñoz, 1995; Thompson, 1994). Los individuos implementan estrategias regulatorias para modificar el tipo y/o magnitud de su experiencia emocional o el evento que las suscita (Diamond y Aspinwall, 2003; Gross, 1998). El maltrato infantil representa una amenaza significativa para el desarrollo óptimo de dichas estrategias de regulación, en parte, debido a la ausencia de respuestas sensibles de los cuidadores principales que faciliten la adquisición de estrategias constructivas para regular sus estados emocionales. En este sentido, Linehan (1993) describió los entornos familiares en los que se producen malos tratos como entornos invalidantes, puesto que invalidan la experiencia emocional de sus víctimas. Estos entornos transmiten a los niños que sus experiencias emocionales son erróneas, indeseables e inaceptables. Por ende, éstos no solo no aprenden a etiquetar sus experiencias internas ni a regular la excitación emocional, sino que tampoco integran sus propios pensamientos y emociones como experiencias legítimas. Además, la combinación de respuestas negligentes, punitivas y de refuerzo intermitente de los cuidadores ante sus expresiones emocionales les impulsa a oscilar entre la inhibición y la excitación emocional, impidiendo la adquisición de un patrón sólido y coherente de regulación emocional que les permita obtener la respuesta deseada de sus cuidadores desarrollando, así, una serie de estrategias desadaptativas que les permitan sobrellevar la situación (Cicchetti et al., 1995; Kim y Cicchetti, 2010; Linehan, 1993). En consecuencia, los niños maltratados evidencian numerosos déficits en el reconocimiento, la expresión y la comprensión de las emociones (Camras et al., 1996), así como en la capacidad para modular y tolerar los estados emocionales adversos (Cicchetti y Toth, 2005; Heleniak et al., 2016; McLaughlin y Lambert, 2017).

La regulación emocional cuenta con una amplia gama de aproximaciones

conceptuales y operativas (Cha y Nock, 2009; Cole et al., 2004; Davies et al., 2015; Gratz y Roemer, 2004; Weinberg y Klonsky, 2009). El modelo procesual de Gross (1998) es uno de los que ha recibido más atención empírica y sugiere que las estrategias de regulación pueden ser clasificadas en función del momento en el que tienen su primer impacto dentro del proceso de generación de las emociones: (a) *situación* interna o externa que genera la respuesta emocional, (b) *atención* prestada a la situación, (c) *valoración* de la situación y (d) modulación de la *respuesta* emocional ante una situación valorada con mayor o menor relevancia según los objetivos personales. Desde esta perspectiva, las estrategias individuales de regulación emocional pueden ser adaptativas o desadaptativas y varían en su eficacia para influir en las reacciones emocionales. Éstas se dividen en dos categorías: centradas en el antecedente o centradas en la respuesta.

Las estrategias centradas en el antecedente ocurren antes o durante las primeras tres etapas del proceso emocional (situación, atención y valoración) y han demostrado ser efectivas para modular la intensidad y la duración de las respuestas emocionales (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010, 2012a, 2012b; Gross y John, 2003; Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011; Webb et al., 2012). Las principales estrategias de regulación centradas en el antecedente son la *reevaluación cognitiva* y la *atención emocional* (Weissman et al., 2019). La reevaluación cognitiva consiste en modificar la valoración de una situación a fin de alterar su impacto sobre la respuesta emocional y, en la mayoría de situaciones, es considerada una forma efectiva y adaptativa de regulación emocional (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010, 2012b, 2012a; Gross y John, 2003; Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011; Webb et al., 2012). Un estudio efectuado mediante técnicas de neuroimagen observó que los niños que habían sufrido experiencias de maltrato mostraban una mayor activación en las regiones de la corteza prefrontal asociadas al

control cognitivo a la hora de ejecutar tareas que requerían el uso de estrategias de reevaluación cognitiva en comparación con los que no habían experimentado malos tratos (McLaughlin et al., 2015). A través de este estudio los autores concluyeron que los niños que habían sufrido malos tratos requerían de un mayor esfuerzo para modular eficazmente las emociones a través de esta estrategia. La atención emocional, por su parte, implica la manipulación de la atención hacia un estímulo emocional o desviándola del mismo (Weissman et al., 2019). En esta línea, el maltrato infantil, particularmente el maltrato por acción, se ha relacionado con un despliegue anormal de la atención hacia los estímulos amenazantes. Concretamente, los niños que han sufrido maltrato son más sensibles a la percepción de la ira (Pollak et al., 2000; Pollak y Kistler, 2002), mostrando patrones de actividad neuronal que sugieren una atención excesiva hacia las expresiones de ira y una mayor dificultad para desviar la atención de las mismas (Pollak, 2003; Pollak y Tolley-Schell, 2003; Shackman et al., 2007). Estos hallazgos también se han obtenido en adolescentes y jóvenes con historia de maltrato (Briggs-Gowan et al., 2015; Pollak y Tolley-Schell, 2003; Swartz et al., 2011). Sin embargo, Kelly et al. (2015) detectaron la existencia de un patrón atencional condicionado por la edad en esta población, donde los niños con historia de maltrato presentaban una elevada atención a las expresiones de ira que iba decreciendo hasta llegar a polarizarse en una marcada evitación a este tipo de expresiones en la adolescencia. También se ubicaría en el antecedente del proceso emocional la *evitación* de las situaciones generadoras de emociones, entendida como una estrategia desadaptativa de regulación emocional cuyo uso ha demostrado ser más frecuente en los adolescentes con historia de maltrato en comparación con los controles (Milojevich et al., 2018).

Las estrategias centradas en la respuesta, por contra, hacen referencia a las

respuestas adoptadas una vez que ya se está experimentando la emoción y, paradójicamente, pueden aumentar su intensidad. Por esta razón, éstas suelen considerarse desadaptativas (John y Gross, 2004). Destacan dos estrategias: la *supresión emocional* que implica, de forma activa, la inhibición del comportamiento continuo expresivo de emociones y que se opondría a la segunda estrategia, la *rumiación*, entendida como un patrón de pensamiento focalizado y repetitivo sobre las causas y consecuencias de un determinado estado emocional que dificulta el encontrar una solución dirigida a aliviar la fuente del malestar (Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011). Las prácticas parentales caracterizadas por un cuidado pobre, una disciplina inconsistente y el castigo físico se han relacionado con un mayor uso de la supresión expresiva en los niños y adolescentes (Balan et al., 2016; Weissman et al., 2019). Asimismo, paradójicamente, los eventos estresantes en la infancia relacionados con el maltrato también han sido asociados a un mayor uso de las estrategias de rumiación en esta población (Heleniak et al., 2016; LeMoult et al., 2018; McLaughlin y Hatzenbuehler, 2009; Michl et al., 2013). Esto indicaría que los niños y adolescentes que han sido expuestos a experiencias de maltrato tratan de suprimir las emociones negativas asociadas a las experiencias traumáticas, lo que conlleva un aumento de la intensidad y la duración de las mismas llevándolos a detenerse en sus implicaciones mediante un estilo de pensamiento rumiativo. En base a lo expuesto, Weissman et al. (2019) concluyeron que la exposición al maltrato interfiere en la capacidad de emplear estrategias adaptativas de regulación emocional centradas en el antecedente, al tiempo que aumenta la reactividad emocional y, en consecuencia, la tendencia a utilizar estrategias desadaptativas centradas en la respuesta.

Otro modelo de regulación emocional destacado en la literatura del maltrato infantil es el de Gratz y Roemer (2004), quienes proporcionaron una definición teórica y

operativa de la regulación emocional a partir de los principales elementos involucrados en las conceptualizaciones con mayor repercusión en la literatura empírica. En este caso, se trata de un constructo multidimensional que requiere de una serie de estrategias adaptativas que influyen sobre la experiencia y la expresión de las emociones y que son independientes de la intensidad y la naturaleza de la emoción, pues todas las emociones se consideran funcionales. Desde esta perspectiva, la regulación emocional incluye la consciencia, la comprensión y la aceptación de las emociones, así como la adopción de comportamientos dirigidos a los objetivos durante situaciones emocionalmente estresantes y el uso o acceso a estrategias percibidas como efectivas para gestionarlas. Las dificultades en estos procesos constituyen la disregulación emocional (Gratz y Roemer, 2004) que ha demostrado, en numerosas ocasiones, ser superior en niños, adolescentes y adultos con historia de maltrato infantil, ejerciendo un papel clave en el posterior desarrollo de psicopatologías (Dereboy et al., 2018; Howard et al., 2017; John et al., 2017).

Otro campo desde el que se han estudiado exhaustivamente las habilidades de regulación emocional es el de la inteligencia emocional. El modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997)¹ describe el constructo a través de cuatro niveles de habilidad ordenados jerárquicamente donde la regulación emocional representa el nivel de mayor complejidad y precisa la superación de los anteriores para poder ser llevado a cabo de forma efectiva. Desde esta perspectiva, la inteligencia emocional demostró ejercer un papel protector en el desarrollo de ideaciones y tentativas suicidas de adolescentes que habían sido víctimas de abuso sexual (Cha y Nock, 2009).

¹ Ver Capítulo 3 para una descripción completa del modelo

2.2.2. *Disregulación emocional y problemáticas asociadas al maltrato infantil*

Una extensa línea de investigación ha constatado que la disregulación emocional² contribuye a prácticamente todos los tipos comunes de psicopatología en niños, adolescentes y adultos (Aldao et al., 2010; Burns et al., 2010; O'Mahen et al., 2015), así como a la presencia comórbida de diferentes psicopatologías (McLaughlin et al., 2014; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Messman-Moore y Bhuptani, 2017). Estas asociaciones, una vez más, parecen no ser específicas para determinados diagnósticos psicopatológicos, sino que más bien contribuye al desarrollo general de psicopatologías a través de los dominios de internalización y externalización (Aldao et al., 2010; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011). Cicchetti et al. (1995) argumentaron que la regulación emocional es crítica tanto para iniciar, motivar y organizar comportamientos adaptativos como para prevenir los niveles intensos de emociones negativas y el uso de conductas desadaptativas. Jaffe (2017), por su parte, describió los déficits de reconocimiento y comprensión emocional como aquellos mecanismos potenciales a través de los cuales aumenta el riesgo de la sintomatología internalizada y externalizada.

La evidencia que respalda esta propuesta sugiere que los niños con sintomatología internalizada como la ansiedad y la depresión, presentan déficits en competencias emocionales que se manifiestan a través de una conciencia emocional empobrecida y una expresión desregulada de las emociones (Eisenberg et al., 2010; Walcott y Landau, 2004). Tales déficits también se observan en niños con sintomatología externalizada (Eisenberg et al., 2010; Hill et al., 2006). Otras investigaciones efectuadas en población infantil muestran que los niños con dificultades de regulación emocional tienden a presentar comportamientos agresivos y

² Se aplica el término *disregulación emocional* para designar, de forma generalizada, las dificultades de regulación emocional, independientemente del enfoque teórico desde el que hayan sido concebidas.

descontrolados en sus relaciones con los demás (Calkins et al., 1999; Cole et al., 1996), así como aislamiento y rechazo en los contextos sociales que, a su vez, contribuyen al aumento de la sintomatología internalizada y externalizada (Hanish et al., 2004; Kim y Cicchetti, 2010).

En los adolescentes, la disregulación emocional ha demostrado tener un papel crítico en la etiología y la duración de los trastornos depresivos (Yap et al., 2007), así como en los patrones relacionales desadaptativos (Kim y Cicchetti, 2010; Kokkinos et al., 2019) y otras conductas de riesgo. Concretamente, los adolescentes con déficits de regulación emocional tienden a presentar mayores niveles de desesperanza (Ciarrochi et al., 2002) y de sintomatología de estrés postraumático (Woodward et al., 2020), recurriendo a estrategias de afrontamiento desadaptativas como las autolesiones (Titelius et al., 2018; Voon et al., 2014), el consumo de alcohol (Simons et al., 2017) y las conductas suicidas (Hatkevich et al., 2019; Kudinova et al., 2016; Rajappa et al., 2012; Zlotnick et al., 1997). Asimismo, desde el modelo de Gratz y Roemer (2004), la falta de aceptación emocional y el acceso limitado a estrategias de regulación emocional constituyen los principales predictores de las tentativas suicidas en población adolescente (Rajappa et al., 2012).

El uso de estrategias desadaptativas ha demostrado estar más implicado en el desarrollo de problemáticas internalizadas y externalizadas que las fallas en el uso de estrategias adaptativas (Weissman et al., 2019). En este sentido, Aldao et al. (2010) en su revisión de la literatura, observaron que la rumiación representa la estrategia desadaptativa con mayor impacto en el desarrollo de psicopatologías internalizadas y externalizadas tanto en la adolescencia como en la edad adulta seguida de la supresión, siendo su impacto superior en el desarrollo de psicopatologías internalizadas como la ansiedad y la depresión. En esta línea, otro estudio reveló que el uso de estrategias de

rumiación, la catastrofización, así como los déficits en las estrategias de reevaluación cognitiva, se asocian a la sintomatología depresiva en la adolescencia (Garnefski y Kraaij, 2006). Estos hallazgos se han extendido a la literatura del maltrato, donde varios estudios constataron la relación entre el uso de la rumiación y la psicopatología internalizada (ansiedad y depresión) en adolescentes que sufrieron maltrato infantil (Heleniak et al., 2016; McLaughlin y Hatzenbuehler, 2009; Michl et al., 2013). La supresión emocional, por su parte, también se ha relacionado con niveles más elevados de agresividad reactiva de los adolescentes en sus relaciones (Kokkinos et al., 2019).

Finalmente, la inteligencia emocional percibida se ha relacionado negativamente con el uso de estrategias de supresión y rumiación de los adolescentes (Martín et al., 2008), y explica una mayor varianza de los niveles de depresión, ansiedad y problemas somáticas que las propias experiencias de maltrato (Rudensine y Espinosa, 2018) lo que indicaría, tal y como sugirieron estos autores que, a pesar del riesgo que confieren los sucesos traumáticos en el desarrollo de psicopatologías, la forma en cómo uno procesa estas experiencias tiene un papel determinante.

2.2.3. El papel modulador de la regulación emocional

La disregulación emocional ha sido conceptualizada como un mecanismo esencial para comprender la vinculación entre el maltrato infantil y las múltiples formas de psicopatología (Beauchaine, 2015; Heleniak et al., 2016; Kim y Cicchetti, 2010; Maughan y Cicchetti, 2002; McLaughlin y Lambert, 2017). Durante la última década las habilidades de regulación emocional han recibido una atención considerable en la literatura del maltrato a fin de detectar aquellos mecanismos que contribuyen al desarrollo de las múltiples problemáticas asociadas susceptibles de ser abordados en un contexto terapéutico. Se parte del planteamiento de que la disregulación derivada de las

adversidades tempranas exacerba las vulnerabilidades similares a los rasgos, como la impulsividad o la inhibición del comportamiento lo que lleva, transdiagnósticamente, a manifestaciones más graves de sintomatología psiquiátrica (Beauchaine, 2015). Las investigaciones empíricas han evidenciado el papel mediador de la desregulación emocional en la relación entre el maltrato y determinadas psicopatologías u otras problemáticas asociadas, incluida la depresión (Christ et al., 2019; Coates y Messman-Moore, 2014; Hopfinger et al., 2016; O'Mahen et al., 2015), las autolesiones (Peh et al., 2017), la ansiedad (Soenke et al., 2010), el trastorno de estrés postraumático (Burns et al., 2010), la presencia comórbida consumo de sustancias, trastornos alimentarios y trastorno límite de la personalidad en personas con trastorno por estrés postraumático (Messman-Moore y Bhuptani, 2017), las conductas sexuales de riesgo y el consumo de alcohol (Espeleta et al., 2018), y los comportamientos suicidas (Espeleta et al., 2018; Wanner et al., 2012). Otros autores han demostrado que los déficits de regulación emocional incrementan el riesgo de comorbilidad entre diferentes diagnósticos en las víctimas de maltrato (Chung y Chen, 2017). En población adolescente, las estrategias desadaptativas de rumiación demostraron mediar significativamente la relación entre el maltrato infantil y la psicopatología en general, demostrando que el uso de estas estrategias aumenta el riesgo de desarrollar psicopatologías (Weissman et al., 2019). Asimismo, como se ha mencionado anteriormente, la IE ha demostrado tener la capacidad para modular la relación entre la historia de abuso sexual y el desarrollo de ideaciones y tentativas suicidas en adolescentes víctimas de abuso sexual, especialmente las habilidades de comprensión y de regulación emocional (Cha y Nock, 2009).

En síntesis, las experiencias de maltrato infantil conllevan importantes afectaciones en diferentes áreas del desarrollo, contribuyendo de forma inespecífica al desarrollo de psicopatologías que pueden entenderse en términos de internalización y externalización. La presencia simultánea de sintomatología internalizada y externalizada coloca a los adolescentes con historia de maltrato en una situación de especial riesgo para el desarrollo de comportamientos suicidas. Los déficits de regulación emocional, como mecanismo implicado en el desarrollo de problemáticas asociadas al maltrato infantil, han recibido un gran interés en los últimos años por tratarse de un factor protector susceptible de ser abordado. Todo ello conduce a poner el foco de atención en la población tutelada como colectivo con riesgo de suicidio, así como en las habilidades de regulación emocional como mecanismo de prevención en este colectivo.

2. EL SISTEMA DE PROTECCIÓN EN CATALUÑA

2.1. *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència*

2.2. El acogimiento residencial: Evolución y estado actual

2.3. Perfil psicosocial de los adolescentes en acogimiento residencial

2. El sistema de protección en Cataluña

El sistema de protección del menor ha evolucionado desde las sociedades antiguas en las que no se reconocían derechos en la infancia hasta la actualidad. La Declaración de Ginebra de 1924 supuso un punto de inflexión hacia el modelo de protección actual al reconocer, por primera vez, la existencia de derechos específicos en los niños y adolescentes. Hasta entonces, la protección pública de los menores en situación de maltrato o abandono estaba encaminada a defender a la sociedad de lo que se consideraban “futuros infractores”, imperando un modelo que carecía de legislación penal específica y, por tanto, no diferenciaba entre la atención a los menores abandonados y a los infractores de la ley (Ochaíta y Espinosa, 2001). No es hasta finales del siglo XX cuando se genera en España un fuerte movimiento de crítica hacia el sistema de protección. La Constitución Española del 1978 sienta las bases de la condición del menor y su posición en el ordenamiento jurídico como sujeto de derechos con plena titularidad y capacidad progresiva para ejercerlos. Posteriormente, se aprueba la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989), ratificada en España el 1990, que marca el inicio de una nueva concepción del menor basada en un mayor reconocimiento del papel que éste desempeña en la sociedad. Este movimiento culmina con la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, un marco regulador basado en la Convención del 1989 que garantiza a los menores una protección uniforme en todo el territorio. La Constitución Española de 1978 también promovió la descentralización del sistema de protección al transferir a las Comunidades Autónomas la competencia para regularlo. En base a esta premisa, cada Comunidad Autónoma desarrolla su regulación legislativa y designa un órgano administrativo responsable de la protección al menor en su territorio autonómico.

2.1. *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència*

El artículo 166.3 del Estatuto de Autonomía de Cataluña (2006) atribuye a la Generalitat:

La competencia exclusiva en materia de protección de menores, que incluye, en todo caso, la regulación del régimen de la protección y de las instituciones públicas de protección y tutela de los menores desamparados, en situación de riesgo y de los menores infractores, respetando en este último caso la legislación penal. (p. 139)

En cumplimiento de este mandato, la Generalitat dispone de la *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència* (DGAIA) como organismo responsable de este ámbito competencial. La DGAIA tiene como principal función la de proporcionar la atención necesaria a los niños y adolescentes con alto riesgo de marginación social, así como proteger aquellos que se encuentran en situación de desamparo. Este organismo tiene un funcionamiento descentralizado que actúa a través de seis servicios de atención a la infancia y la adolescencia distribuidos a fin de abarcar todo el territorio catalán. Cada servicio está configurado por los Equipos Funcionales de Infancia (EFI) que representan las unidades básicas de funcionamiento y se encargan, esencialmente, de gestionar los expedientes de los niños y adolescentes en situación de riesgo o desamparo, así como de coordinarse con los equipos técnicos competentes encargados de efectuar el estudio y valoración del caso a fin de llevar a cabo las gestiones técnicas y los trámites administrativos que derivan de sus propuestas.

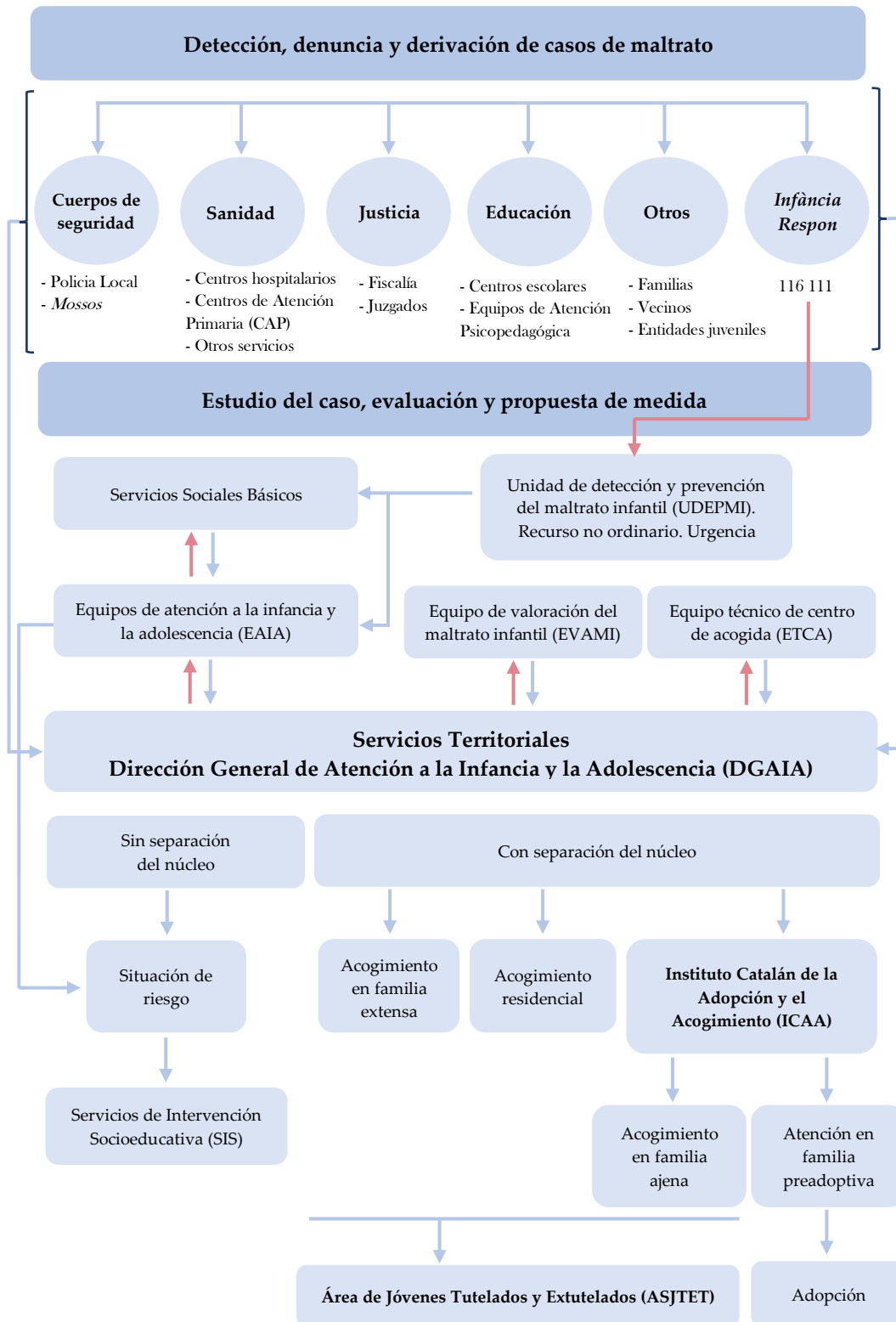
Los casos de sospecha de maltrato pueden llegar al sistema de protección catalán a través de dos vías: los servicios sociales básicos o la DGAIA. Ambos pueden recibir la información a través de servicios profesionales (e.g., escuelas, instituciones

sanitarias, cuerpos de seguridad) o de particulares (e.g., vecinos, familiares) que tengan conocimiento de una posible situación de maltrato. Independientemente de la vía de entrada, corresponde a las EFIs la apertura y la gestión del expediente, cuya intervención será derivada a los servicios sociales cuando se valore que la información recibida corresponde a una situación de riesgo y a los equipos técnicos competentes cuando se aprecien indicadores de desamparo.

Los equipos técnicos competentes para efectuar el estudio, valoración y propuesta de los casos en posible situación de desamparo son el Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA), el Equipo de Valoración del Maltrato Infantil (EVAMI) y el Equipo Técnico de Centro de Acogida (ETCA). Los EAIA son equipos locales de carácter municipal, comarcal o supracomarcal que dependen orgánicamente de las entidades locales y funcionalmente de la DGAIA. Éstos son los encargados de efectuar el estudio, valoración y propuesta de los casos en posible situación de desamparo dentro de su ámbito territorial. Asimismo, éstos también intervienen en aquellos casos de riesgo grave que no hayan podido ser abordados desde los servicios sociales básicos. El Equipo de Valoración del Maltrato Infantil (EVAMI) está provisto para las valoraciones y propuestas que deben efectuarse con carácter de urgencia respecto a aquellos casos detectados desde el sistema sanitario. Éstos actúan las 24 horas de los 365 días y pueden disponer la retención hospitalaria o el ingreso cautelar en centro de acogida. Finalmente, los ETCAs constituyen los equipos de los centros de acogida cuya función es la de valorar aquellos casos que ingresan provisionalmente a la espera de que este equipo efectúe el estudio y la propuesta que determinará la medida más idónea para el interés superior del menor. En la Figura 1 se puede observar el circuito completo que siguen los casos en posible situación de maltrato desde que tienen entrada en el sistema de protección catalán.

Figura 1.

Circuito del Sistema de Protección Catalán ante Casos de Sospecha de Maltrato



Fuente: DGAIA (2020).

El funcionamiento del sistema de protección catalán se enmarca en la Ley 14/2010, del 27 de mayo de 2010, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (LDOIA) y su legislación complementaria. Ésta no solo regula los mecanismos para proteger a aquellos que se encuentran en situación de desamparo, sino que proporciona un enfoque proactivo dirigido a la población infantil y adolescente en su totalidad, reconociendo sus derechos, implementando vías de participación de los mismos en la sociedad y habilitando mecanismos para atender a aquellos que se encuentran en una situación de riesgo donde no es necesaria su retirada del núcleo familiar. A través de esta ley, se atribuye a la Generalitat la competencia exclusiva en materia de protección cuando se trata de situaciones de desamparo y a las entidades locales la competencia en materia de atención en situaciones de riesgo social. De acuerdo con lo que establece la LDOIA en su artículo 105.1, un niño o adolescente está en situación de desamparo cuando se encuentra en una “situación de hecho en la que le faltan los elementos básicos para el desarrollo integral de la personalidad, siempre que para su protección efectiva sea necesario aplicar una medida que implique la separación del núcleo familiar” (p. 109).

Ante situaciones de esta naturaleza, la DGAIA dicta una resolución declarando el desamparo del niño o adolescente, que implica la inmediata asunción de las funciones tutelares con la consiguiente suspensión de la patria potestad de los progenitores. Con la atribución de la tutela, ésta deviene responsable en el ejercicio de las funciones de contenido personal inherentes a la patria potestad que han quedado suspendidas, lo que conlleva la retirada del menor de su núcleo familiar y la asignación de una medida protectora que determinará quien va a ostentar su guarda³. Las medidas de protección contempladas en el artículo 120.1 de la LDOIA son el acogimiento familiar simple o

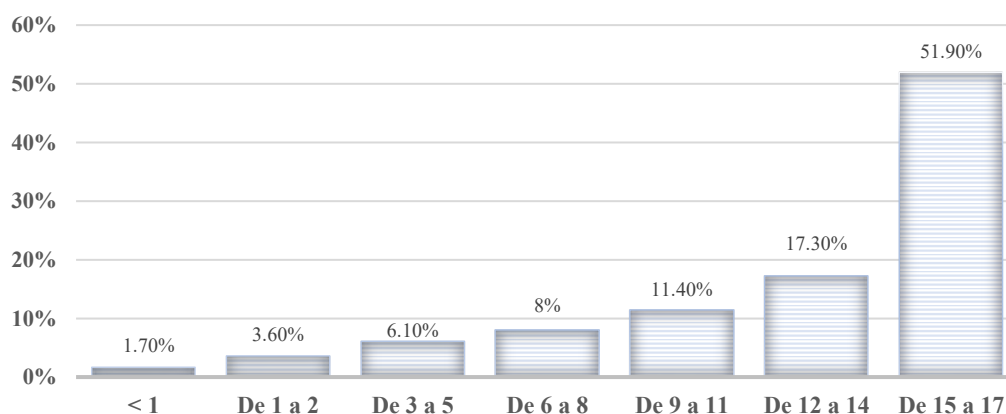
³ La *guarda* de un niño o adolescente obliga a quien la ejerce a velar por el menor, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral.

permanente, el acogimiento familiar en unidad convivencial de acción educativa, el acogimiento en centro, el acogimiento preadoptivo, las medidas de transición a la vida adulta y a la autonomía personal y cualquier otra medida de tipo asistencial, educativo o terapéutico aconsejable, de acuerdo con las circunstancias del niño o adolescente.

De acuerdo con la citada ley, las medidas de acogimiento familiar, siempre que sean viables, tienen preferencia sobre la medida de acogimiento en centro residencial. El acogimiento familiar simple o permanente puede ser en familia extensa (que tiene preferencia legal) o en familia ajena. Respecto a la última medida residual que marca la ley, ésta nunca ha tenido concreción ni desarrollo reglamentario (Mayoral Simón, 2015). Según el último informe de DGAIA (2020), actualmente en Cataluña 9618 niños y adolescentes se encuentran bajo una medida protectora, incluyendo los tutelados y los que están sujetos a medidas cautelares. Entre éstos, prevalece la población masculina (66%) y adolescente (69.2%), siendo el colectivo predominante los adolescentes de entre 15 y 17 años (51.9%). En la Figura 2 se puede observar la distribución de los niños y adolescentes actualmente sujetos a una medida protectora de la DGAIA en función del rango de edad.

Figura 2.

Distribución de los Niños y Adolescentes bajo Medida Protectora en Función del Grupo Edad

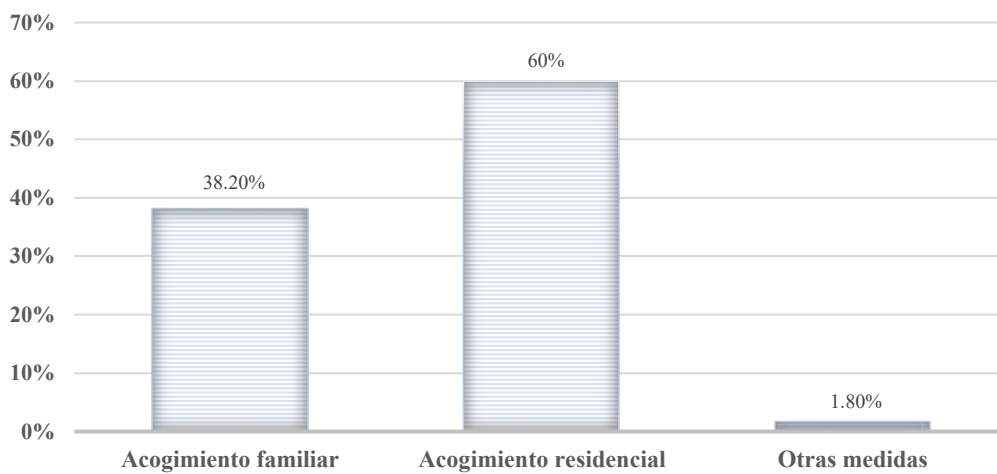


Fuente: DGAIA (2020).

Por lo que respecta al tipo de medida protectora, un 60% de los niños y adolescentes se encuentran en acogimiento residencial, tasas que superan sustancialmente las de acogimiento familiar (38.2%) tal y como se observa en la Figura 3.

Figura 3.

Distribución de los Niños y Adolescentes en Función de la Medida Protectora



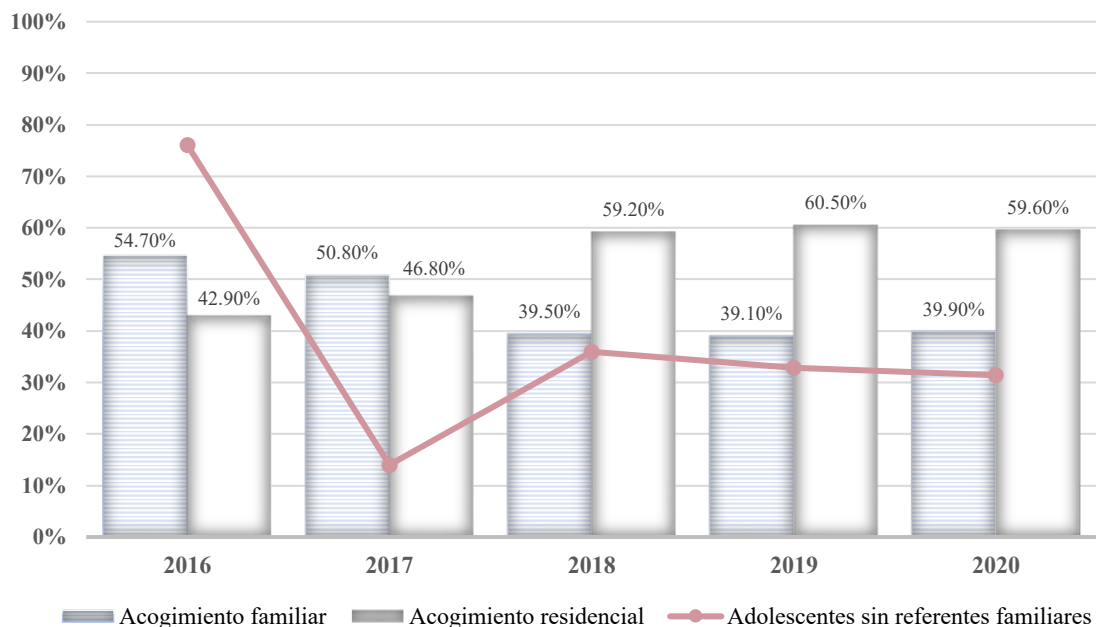
Fuente: DGAIA (2020).

Si observamos la evolución de las medidas de protección aplicadas por la DGAIA a lo largo de los últimos años, se aprecia una disminución en la prevalencia de los acogimientos familiares que contrasta con la tendencia creciente de los acogimientos residenciales (ver Figura 4). Debe tenerse en cuenta que una parte de este incremento se debe a la llegada masiva de adolescentes extranjeros sin referentes familiares en el territorio que, actualmente, representan un 31.4% de los niños y adolescentes con medida protectora y que suelen ser acogidos en centros (DGAIA, 2020). Sin embargo, como puede observarse en la Figura 4, mientras que la prevalencia de este colectivo se ha visto ligeramente reducida en los dos últimos años no ha sucedido lo mismo con las tasas de acogimiento residencial, lo que muestra que existe un incremento en la

prevalencia de los acogimientos residenciales no atribuible a la llegada de este colectivo. Respecto a la tendencia decreciente de los acogimientos familiares, tal y como indicó Mayoral Simón (2015), ésta podría explicarse por varias razones. En primer lugar, el modelo catalán vigente de acogimiento en familia ajena no permite dar respuesta a las necesidades de los niños y adolescentes desamparados por la insuficiencia de familias acogedoras disponibles, incluyendo las de acogimiento en unidad convivencial de acción educativa cuyo desarrollo ha sido prácticamente inexistente. A esto se le suma que las posibilidades de acogimiento familiar para un adolescente son prácticamente nulas quienes, en consecuencia, acaban siendo acogidos en centros.

Figura 4.

Cifras de Niños y Adolescentes Acogidos en Familia y en Centro, y de Adolescentes sin Referentes Familiares bajo Medida Protectora durante el período 2016 – 2020



Fuente: DGAIA (2016, 2017, 2018, 2019, 2020).

2.2. El acogimiento residencial: Evolución y estado actual

El origen del acogimiento residencial se remonta a las grandes instituciones de carácter benéfico que durante siglos han acogido a pobres, enfermos, niños huérfanos y abandonados (Bravo y del Valle, 2001). El modelo institucional, caracterizado por centros cerrados de alta capacidad y autosuficientes que se regían por un modelo de atención asistencial, imperó en España hasta mediados de los años ochenta. Desde entonces, empezó a emerger un modelo familiar que ya no concebía al menor de forma aislada sino en su contexto, transformando las macroinstituciones en centros más reducidos con características más similares a las de un hogar familiar, tanto en su distribución interna (creación de espacios interiores diferenciados) como externa (integrados en la comunidad) y con un modelo de atención basado en un enfoque más educativo. En la actualidad, el acogimiento residencial tiene dos posibles estructuras: en pisos o viviendas unifamiliares, y en residencias de mayor tamaño con una estructura interna similar a la de una vivienda familiar y con una capacidad limitada. En un primer momento, este modelo buscaba crear entornos sustitutivos a las familias para cuidar a estos niños el tiempo que fuera necesario. Sin embargo, este objetivo fue rápidamente revisado y desechado por el nuevo sistema de protección, donde el marco legislativo estatal dio preferencia a las medidas de acogimiento familiar, incidiendo en que el acogimiento residencial debía consistir en una medida de carácter temporal que ha de culminar con el retorno al domicilio o, de no ser posible, en un acogimiento familiar (Bravo y del Valle, 2009). En esta línea, varios autores insisten en que, pese a los cambios introducidos en el modelo de cuidado residencial de los niños y adolescentes, este tipo de recurso sigue sin ser el más adecuado para un desarrollo óptimo y para la satisfacción de sus necesidades (del Valle y Fuertes, 2000; Ocón Domingo, 2004). A partir de los noventa, el acogimiento residencial se sumió en una importante crisis. El

incremento de los casos de violencia familiar ejercida por los hijos, la necesidad de atención terapéutica a niños con problemas emocionales y de salud mental, y otros problemas emergentes como la llegada de menores extranjeros sin referentes familiares, han generado importantes cambios en la estructura y los objetivos de esta modalidad de acogimiento, que ha comportado la creación de centros especializados (Bravo y del Valle, 2009).

El acogimiento residencial constituye una medida esencial en la protección de los niños y, en especial, de los adolescentes en situación de desamparo dentro del sistema de protección catalán. Sin embargo, cabe destacar, tal y como establece la LDOIA en su artículo 120.2, que el acogimiento en centro es una medida subsidiaria aplicable cuando un niño o adolescente no puede vivir con su familia ni puede ser integrado en una familia alternativa. En este sentido, los centros residenciales están destinados tanto a niños como a adolescentes en régimen de tutela o guarda que ya han pasado por uno o varios acogimientos familiares sin éxito o a aquellos que directamente no son susceptibles de ser acogidos en una familia, bien por la falta de disponibilidad de familias acogedoras o bien porque su avanzada edad no hace viable la integración en un núcleo familiar alternativo (normalmente, una vez alcanzada la adolescencia). La adopción de la medida de acogimiento en centro está regulada en el artículo 132 de dicha ley de la forma siguiente:

- El acogimiento en centro ha de acordarse cuando se prevé que el desamparo o la necesidad de separación de la propia familia serán transitorios y no ha sido posible o aconsejable el acogimiento por una persona o familia. También es aplicable cuando, habiendo los requisitos para constituir un acogimiento preadoptivo, éste no ha podido constituirse.

- El acogimiento en centro consiste en ingresar al niño o adolescente en un centro público o concertado adecuado a sus características, para que reciba la atención y la educación necesarias.
- Los centros deben ser abiertos, integrados en un barrio o a una comunidad, y deben organizarse siempre en unidades que permitan un trato afectivo y una vida cotidiana personalizadas.
- Los acogimientos en centros se constituyen por resolución del órgano competente en materia de protección de los niños y adolescentes.
- Los hermanos deben ser acogidos en el mismo centro, salvo que no les sea beneficioso.
- El director o directora del centro ejerce por delegación las facultades y las obligaciones inherentes a la guarda.
- La estada durante periodos de tiempo cortos, fines de semana o vacaciones de un niño o adolescente con medida de acogimiento en centro, con una persona o familia colaboradora, debe tener lugar en las condiciones que se establecen reglamentariamente, atendiendo de manera prioritaria los casos de los niños o adolescentes con discapacidades u otras situaciones que dificulten el establecimiento de un acogimiento simple o permanente. (pp. 128-129)

En Cataluña, el acogimiento residencial se puede llevar a cabo en tres modalidades de centro residencial distintas, cuya selección viene determinada por las características del niño o adolescente. El acogimiento en *Centro Residencial de Acción Educativa* (CRAE) representa la modalidad de acogimiento residencial más común en el sistema de protección. El CRAE, como recurso alternativo a la familia, debe garantizar una intervención socioeducativa adaptada a las necesidades biológicas, psíquicas, materiales, afectivas, sociales y académicas del niño o adolescente a fin de facilitar su

crecimiento personal en un entorno de seguridad, confianza y protección. Además, éste procurará que el niño o adolescente se desenvuelva en un ambiente socioeducativo normalizado, dándole la posibilidad de acceder a un medio de vida cotidiano lo más parecido posible al de los demás menores de la comunidad. La guarda de los niños y adolescentes acogidos en un CRAE es responsabilidad legal del director del centro y su ejercicio real recae en los educadores que configuran el equipo educativo del centro. Todos ellos se rigen por las directrices establecidas en tres documentos que marcan las líneas de trabajo a seguir desde diferentes niveles de concreción: el Programa Educativo Marco (PEM), el Proyecto Educativo del Centro (PEC) y el Proyecto Educativo Individualizado (PEI) (Rodríguez et al., 2015).

El PEM constituye el marco referencial a través del cual la DGAIA establece unas líneas generales para el funcionamiento de los centros del sistema de protección que deben ser desarrolladas por cada centro a través del PEC. El PEC, considerado como un segundo nivel de concreción de la práctica educativa de los profesionales, deberá dirigir de manera coherente su proceso de intervención educativa a través un planteamiento integral que aborde los diferentes ámbitos del centro (e.g., ideológico, de gestión, rasgos identificativos, objetivos, estructura organizativa). Éste constituye un instrumento básico consensuado por todos los profesionales del centro que combina los planteamientos generales que orientan la acción con planteamientos específicos que facilitan la intervención y su evolución, lo que marcará la identidad de cada centro. Finalmente, los centros elaboran periódicamente un PEI respecto a cada uno de los niños y adolescentes acogidos. El PEI constituye un documento de carácter pedagógico que se acoge a las características y la situación personal, social y educativa del niño o adolescente para sistematizar el plan de trabajo a seguir a fin de garantizar la cobertura

de las necesidades básicas, la educación, la afectividad, la integración y la promoción social, y el crecimiento hacia la autonomía de todos ellos (Rodríguez et al., 2015).

Los adolescentes con necesidades específicas pueden acceder a dos modalidades de centro más especializadas. En primer lugar, los *Centros Residenciales de Educación Intensiva* (CREI) constituyen una modalidad de centro dirigida exclusivamente a aquellos adolescentes en régimen de tutela o guarda que presentan problemáticas conductuales, cuyas dificultades educativas impiden su adaptación en un CRAE u otras medidas de protección. Por otro lado, los *Centros Terapéuticos* responden a recursos sociosanitarios dirigidos a aquellos adolescentes que presentan patologías duales relacionadas con el consumo de sustancias u otros trastornos mentales severos que requieren de una atención terapéutica intensiva. Estos centros suelen ser recursos privados con un determinado número de plazas conveniadas con la DGAIA a fin de poder dar respuesta a este colectivo. Ambos centros se diferencian de los CRAEs por ser centros cerrados y alejados del medio habitual. Durante la última década, la DGAIA ha tenido importantes dificultades para proveer plazas de centros especializados a todos aquellos que requerían de un sistema de educación o atención terapéutica intensiva. En consecuencia, existen altas cifras de adolescentes con perfiles disruptivos en los centros residenciales no especializados, lo que afecta tanto a su propio bienestar como al de los compañeros del centro (Síndic de Greuges de Catalunya, 2019).

2.3. Perfil psicosocial de los adolescentes en acogimiento residencial

Cuando un niño o adolescente ingresa en un centro residencial significa, por un lado, que han fracasado los intentos de trabajar con la familia a fin de que éste pueda permanecer en el domicilio con unas garantías mínimas y, por otro lado, que tampoco ha podido recibir esta respuesta por parte de su familia extensa ni integrarse en núcleo

familiar alternativo, lo cual no es de extrañar que éstos lleguen a los centros en un estado significativamente deteriorado tanto a nivel físico como psíquico y que sus posibilidades de retorno al núcleo familiar sean, en muchas ocasiones, limitadas. Esto último refleja una realidad preocupante teniendo en cuenta que los adolescentes que están en acogimiento residencial durante periodos más prolongados tienden a presentar más problemáticas emocionales como ansiedad, depresión y aislamiento (Llanos et al., 2006), así como niveles significativamente inferiores de optimismo y felicidad (Oriol et al., 2014).

Hace poco más de una década se empezó a apreciar un incremento en la conflictividad de los adolescentes en los centros residenciales españoles como reflejo de una problemática social emergente que repercute en el perfil actual de este colectivo: los casos de violencia ejercida por los hijos e hijas hacia sus padres. Existe un número creciente de adolescentes que son denunciados por sus padres que acaban siendo atendidos por el sistema de protección, constituyendo un colectivo que requiere una intervención especializada y, en muchas ocasiones, difícil de reconducir (Bravo y del Valle, 2009). Esta tendencia social podría explicar la creciente demanda de ingresos en CREI en el sistema catalán que supera los recursos provistos por la DGAIA (Síndic de Greuges de Catalunya, 2019), propiciando que el perfil de adolescentes acogidos en CRAEs se caracterice, cada vez más, por la presencia de problemáticas conductuales y una serie de dificultades subyacentes difíciles de abordar. En este sentido, Llanos et al. (2006) ya apreciaron una marcada tendencia de los conflictos en estos entornos que, tal y como manifiestan estos autores, dificultan cada vez más la convivencia, generan malestar y sentimientos de inseguridad en los centros, y reclaman mayores esfuerzos educativos. A esto se le suma que un 12% de los adolescentes ingresados en centros de la DGAIA son refractarios al apoyo institucional y a las acciones educativas que se

realizan. Este colectivo se caracteriza por no querer seguir escolarizado, haber tenido contactos con la justicia juvenil, no aceptar las normas, consumir tóxicos habitualmente y realizar fugas frecuentes (Àrea de Suport als Joves Tutelats i Extutelats, 2017). Sin ir más lejos, las tasas de problemáticas externalizadas en este colectivo triplican aquellas obtenidas en población general (Simsek et al., 2007). Asimismo, en comparación con las medidas de acogimiento familiar, los adolescentes en acogimiento residencial presentan más problemáticas conductuales relacionadas con comportamientos agresivos y delictivos, problemas somáticos, aislamiento y ansiedad (Fernández-Molina et al., 2011).

El incremento de edad de la población atendida en los centros de protección representa otro de los principales cambios que ya se detectó a principios de los noventa en los sistemas de protección europeos, que se ha mantenido en el sistema de protección español (Bravo y del Valle, 2009) y que, como bien indican las tasas expuestas anteriormente, persiste en el sistema de protección catalán actual. El trabajo con los adolescentes acogidos en centros suele estar caracterizado por una serie de intentos fallidos de preservación o reintegración familiar que acaba derivando en la preparación para la independencia como orientación principal de la intervención individualizada. Sin ir más lejos, Sala-Roca et al. (2009) en su estudio observaron que más de la mitad de los niños y adolescentes que ingresaron en un centro de la DGAIA lo hicieron cuando tenían entre 15 y 17 años, lo que podría reflejar el historial de fracaso en las alternativas previas de aquellos que ingresan en un centro llegando, así, más dañados al recurso residencial. Asimismo, el aumento de la edad del colectivo atendido dificulta la tarea educativa, al presentarse conflictos de mayor intensidad e historias de aprendizaje inadecuadas más consolidadas y resistentes al cambio (Bravo y del Valle, 2009). A esto debe sumarse que la adolescencia de por sí ya supone una etapa crítica de especial

vulnerabilidad que implica una compleja transición en el desarrollo con cambios neurobiológicos, cognitivos y socioemocionales (Moretti y Peled, 2004; Spear, 2000) y que la habilidad para modificar el impacto emocional de las diferentes situaciones (reevaluación cognitiva) parece decrecer en esta etapa (Cooper et al., 1998).

Sala-Roca et al. (2009) también observaron, a través de entrevistas al personal de los centros, que la principal dificultad detectada en este colectivo era su incapacidad para regular las emociones y que, sorprendentemente, éstos apreciaban su nivel de autonomía como la habilidad más destacada. Probablemente, esto se debe a que el fomento de la autonomía constituye una de las principales líneas de trabajo de los educadores y a que la institucionalización, por sí misma, ya requiere de una mayor autonomía en comparación con el hecho de crecer en un entorno familiar (Sala-Roca et al., 2009). Por lo que respecta a las dificultades de regulación emocional, los profesionales entrevistados refirieron detectar una importante inestabilidad emocional entre los adolescentes acogidos, apreciando bajos niveles de autoestima, sintomatología depresiva, lesiones autoinfligidas y dificultades para establecer relaciones sociales caracterizadas por demandas de afecto inadecuadas y agresividad hacia los demás. En esta línea, la literatura nacional ha presentado resultados consistentes respecto a los déficits de inteligencia emocional y de competencia social de este colectivo (Moreno-Manso et al., 2016, 2017; Oriol et al., 2014). Asimismo, los adolescentes de población masculina tutelados por la DGAIA muestran menos habilidades sociales y de convivencia, así como un menor interés por aprender hábitos, aceptar normas y comprometerse con su proyecto educativo (Àrea de Suport als Joves Tutelats i Extutelats, 2017).

En el ámbito escolar, aunque más del 90% de los adolescentes de entre 15 y 17 años acogidos en un centro de la DGAIA reciben formación académica, solo el 40%

obtienen el graduado escolar y un porcentaje muy bajo realiza estudios superiores (Sala-Roca et al., 2009). Sin ir más lejos, la literatura tanto a escala nacional como a escala internacional, indica que los adolescentes tutelados muestran, en general, indicadores desfavorables respecto al ámbito escolar (Jackson y Cameron, 2014; Montserrat et al., 2013). En este sentido, los adolescentes acogidos en centros han demostrado presentar bajos niveles de atención, concentración, logros académicos y persistencia en la ejecución de tareas en el entorno escolar, así como altos niveles de vergüenza, perfeccionismo, miedo a cometer errores y excesiva sensibilidad a las críticas que reciben en este contexto (Simsek et al., 2007). Asimismo, el abandono de los estudios se ha relacionado directamente con las dificultades para la inserción laboral y la exclusión social. En consecuencia, una vez alcanzada la mayoría de edad, estos jóvenes tienden a presentar dificultades para integrarse en la sociedad, donde prima la inestabilidad económica y laboral. Estas consecuencias también han sido atribuidas a su inestabilidad emocional y a la falta de habilidades sociales, así como a los problemas legales relacionados con la delincuencia y una maternidad o paternidad prematura que les lleva, en muchos casos, a volverse económicamente dependientes de sus parejas (Sala-Roca et al., 2009).

Por otro lado, Sainero y del Valle (2010) señalaron que el 65% de este colectivo presenta un trastorno psicológico, siendo los trastornos de tipo externalizado los más prevalentes. Sin embargo, solo un 22% de la muestra acudiría a tratamiento psicológico. En el marco internacional, las evidencias científicas basadas en muestras representativas a nivel nacional indican que cerca de la mitad de los adolescentes tutelados presentaría algún trastorno mental (Jee et al., 2011; Lehmann et al., 2013; Leslie et al., 2010; McCann et al., 1996; Tarren-Sweeney, 2018), obteniendo prevalencias superiores en aquellos que se encuentran en acogimiento residencial (Ford et al., 2007; McCann et al.,

1996; McMillen et al., 2005). Concretamente, Greger et al. (2015) detectaron que cuatro de cada cinco adolescentes en acogimiento residencial presentaban al menos un trastorno psiquiátrico, así como un alto riesgo de desarrollar un trastorno comórbido entre los que destacaron los trastornos de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el síndrome de Asperger, el trastorno por ansiedad generalizada y la depresión mayor, así como los comportamientos suicidas. En esta misma línea, Leslie et al. (2010) detectaron que aproximadamente la mitad de los adolescentes acogidos en centros residenciales llevan a cabo comportamientos de riesgo, tales como conductas sexuales de riesgo, suicidas, delictivas o relacionadas con el consumo de sustancias. Por último, respecto a las ideaciones suicidas, las cifras detectadas en los adolescentes en acogimiento residencial se sitúan entre el 40% (Duppong-Hurley et al., 2014), duplicando las obtenidas en aquellos que se encuentran en acogimiento familiar, que se sitúan entre el 10.24% y el 26.8% (Evans et al., 2005).

En síntesis, en las últimas décadas se ha apreciado un cambio en el perfil de la población atendida en los recursos residenciales. Entre los nuevos perfiles se aprecia un crecimiento notorio de los casos caracterizados por problemas de conducta y alteraciones psicopatológicas que llegan al sistema de protección. Todo ello implica que estos adolescentes deben recibir una atención más especializada a la que, a día de hoy, es difícil de acceder desde el sistema de protección catalán, lo que señala la necesidad de buscar vías alternativas para atender las necesidades de este colectivo.

3. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

- 3.1. Principales modelos teóricos de la inteligencia emocional
- 3.2. El modelo de Mayer y Salovey
- 3.3. Evaluación de la IE desde el modelo de habilidad
 - 3.3.1. Medidas de habilidad
 - 3.3.2. Medidas de autoinforme
- 3.4. La inteligencia emocional percibida en la adolescencia

3. La inteligencia emocional

3.1. Principales modelos de la inteligencia emocional

El concepto de inteligencia emocional (IE) fue introducido como tal por Salovey y Mayer (1990). Desde entonces la IE ha sido estudiada, principalmente, desde dos modelos teóricos: los modelos de habilidad y los modelos mixtos. En 1990, Salovey y Mayer presentan un modelo en el que estructuran la IE en diferentes habilidades tomando como referencia las inteligencias intrapersonales e interpersonales de Gardner (1983). Concretamente, los autores proponen que la IE está configurada por tres habilidades que incluyen “la habilidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones” (Salovey y Mayer, 1990, p. 189). Posteriormente, este modelo será reformulado dando lugar a una conceptualización que atribuye más peso a los aspectos cognitivos. En su reformulación la IE se concibe como una estructura jerarquizada de habilidades centradas en el procesamiento de la información emocional que unifica las emociones y el razonamiento, sugiriendo que un adecuado uso de las emociones permite facilitar un razonamiento más efectivo (Mayer y Salovey, 1997).

Entre la primera y la segunda formulación de estos autores, aparecen otros modelos teóricos de IE que constituyen el eje vertebrador de los denominados modelos mixtos. Estos modelos se denominan mixtos porque combinan las habilidades emocionales con otros aspectos no necesariamente relacionados con las emociones ni con la inteligencia. Concretamente, hacen referencia a aspectos próximos a dimensiones de la personalidad, caracterizados por ser estables en el tiempo y en diversidad de situaciones. Entre los principales autores de los modelos mixtos destacan Goleman (1995) y Bar-On (1997).

El primer modelo mixto aparece con Goleman (1995) a quien le corresponde el

mérito de difundir profusamente el concepto de IE a través de su *best-seller* enfocado al mundo empresarial. Dicho modelo permite evaluar las potencialidades o fortalezas de la persona y sus correspondientes límites a través de las denominadas competencias. Mediante esta herramienta Goleman proporciona un factor general de IE que cubre el espectro total de las competencias emocionales presentes, principalmente, en el desempeño profesional. De esta manera, el autor establece la existencia de un cociente emocional que complementa al cociente intelectual clásico, cuya complementación determinará el desempeño profesional de la persona.

Las competencias que constituyen la IE desde el modelo de desempeño de Goleman (1995) corresponden a dos aptitudes distintas: las *aptitudes personales* y las *aptitudes sociales*. Las aptitudes personales incluyen: 1) la *autoconciencia* (conocer los estados internos, preferencias, recursos e intuiciones), 2) la *autorregulación* (administrar los estados, impulsos y recursos internos), y 3) la *motivación* (tendencias emocionales que guían o facilitan la consecución de objetivos). Las aptitudes sociales, por su parte, incluyen las competencias relacionadas con: 1) la *empatía* (conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los demás) y 2) las *habilidades sociales* (adecuación para inducir respuestas las deseadas de los demás).

Bar-On (1997), por su parte, entiende la IE como una serie de competencias emocionales y sociales que influyen en el rendimiento humano. Una vez más, Bar-On (1997) incluye componentes tanto emocionales como sociales en su modelo, empleando la expresión “inteligencia emocional y social” para hacer referencia a las competencias que uno debe disponer para desenvolverse adecuadamente. Estas competencias pueden clasificarse en cinco componentes: 1) *intrapersonal* (autoconciencia emocional, asertividad, autoestima, auto actualización e independencia); 2) *interpersonal* (empatía, relaciones interpersonales y responsabilidades sociales); 3) de *adaptabilidad* (solución

de problemas, comprobación de la realidad y flexibilidades sociales); 4) de *manejo del estrés* (tolerancia al estrés y control de impulsos); y 5) del *estado anímico general* (optimismo y felicidad) (Trujillo y Rivas, 2005). Algunos subcomponentes como la comprobación de la realidad o el control de impulsos hacen referencia a rasgos más estables relacionados con la personalidad, lo que explica que su teoría se ubique entre los modelos mixtos. Sin embargo, según el autor, el grado en que puede ser modificada la “inteligencia emocional y social” es superior al grado en que puede ser modificada la inteligencia cognitiva.

La principal implicación que conlleva la inclusión de componentes relacionados con factores de personalidad en los denominados modelos mixtos es que los rasgos de personalidad no pueden ser adquiridos ni aprendidos a lo largo de la vida y, por tanto, las dimensiones de la IE difícilmente podrán ser desarrolladas (Lizeretti, 2012). Es por este motivo, que en la presente tesis doctoral nos centraremos en el modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997).

3.2. El modelo de Mayer y Salovey

Salovey y Mayer definen la IE como una “inteligencia” en el sentido tradicional del término (Mayer et al., 2000). En consecuencia, su modelo de IE se centra exclusivamente en el procesamiento cognitivo de la información emocional y en el estudio de las capacidades relacionadas con dicho procesamiento. En base a esta premisa, en su reformulación teórica, Mayer y Salovey (1997) definen la IE de la siguiente manera:

La inteligencia emocional supone la habilidad para percibir, evaluar y expresar con precisión las emociones, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos

cuando éstos facilitan el pensamiento, la capacidad para comprender las emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones a fin de promover el crecimiento emocional e intelectual. (p. 10)

Desde esta perspectiva, la IE está constituida por un conjunto de habilidades ordenadas en cuatro niveles jerárquicos de complejidad, donde cada nivel de habilidad requiere la asimilación del anterior. La habilidad para regular adecuadamente las emociones constituye el nivel de mayor complejidad y requiere de una serie de habilidades de complejidad inferior que corresponden a las habilidades para *identificar las emociones, utilizar las emociones para facilitar el pensamiento y comprender la experiencia emocional*. Estas habilidades promueven el uso inteligente de nuestras emociones y son esenciales para nuestra adaptación física y psicológica (Salovey et al., 1999).

1. Habilidades de percepción, valoración y expresión de las emociones

Las habilidades que configuran este nivel incluyen la percepción y expresión de la emoción a través de los canales verbales y no verbales y se concretan en:

- La habilidad para *identificar la emoción* y sus implicaciones corporales, sentimientos y pensamientos asociados.
- La habilidad para *identificar emociones en otros*, y en manifestaciones artísticas, a través del lenguaje, sonido apariencia y comportamiento.
- La habilidad para *expresar emociones* en forma apropiada y expresar necesidades relacionadas con estas emociones.
- La habilidad para *discriminar entre las expresiones* de sentimientos que son apropiadas e inapropiadas, sinceras y falsas. (Lizeretti, 2012, p. 67)

La percepción de la emoción condiciona la experiencia emocional y, en consecuencia, su expresión. Para ello, es importante prestar atención a los sentimientos. Tal y como indicaron los autores, “sólo si una persona presta atención a los sentimientos puede aprender de ellos” (Mayer y Salovey, 1997, p. 14). De este modo, la persona podrá tomar consciencia de sus emociones y, en consecuencia, identificar las necesidades que están siendo señaladas por la emoción (Lizeretti, 2012).

La expresión emocional, por su parte, se ha relacionado en varias ocasiones con indicadores óptimos de salud (Cano-Vindel et al. 1999; Pennebaker et al., 1987). La expresión de las emociones no solo se considera una fuente de información para los demás sobre nuestra propia experiencia, sino que también constituye la forma que tenemos de dar salida a la energía emocional generada durante la vivencia emocional.

Estas habilidades, igual que las demás, no solo se enmarcan en la esfera intrapersonal sino que incluyen un componente interpersonal que implica identificar la experiencia emocional de los demás y poder discriminar emociones falsamente mostradas por los demás. Concretamente, en su dimensión interpersonal, éstas guardan una estrecha relación con la empatía (Mayer et al., 1990) y facilitan una ejecución adecuada en el trato y la interacción, ya que posibilitan el ajuste del comportamiento en función del estado emocional percibido en los demás (Elfenbein et al., 2007).

2. Habilidades de facilitación y uso de las emociones para guiar el pensamiento

Nuestros estados emocionales determinan la forma en la que procesamos la información, de modo que éstos deben ser controlados si queremos razonar de manera efectiva. Esto incluye:

- *Redirigir la atención.* Las emociones priorizan el pensamiento dirigiendo la atención de éste hacia información más relevante.

- La *motivación*. Las emociones son lo suficientemente vívidas y asequibles como para ayudar al juicio y a la memoria en relación con los sentimientos.
- La *planificación flexible*. El humor oscila entre el pesimismo y el optimismo, cambiando la perspectiva individual, estimulando a considerar múltiples puntos de vista.
- El *pensamiento creativo*. Los estados emocionales diferenciados estimulan un abordaje específico del problema, tal como la alegría facilita el razonamiento inductivo y la creatividad. (Lizeretti, 2012, p. 68)

Se ha evidenciado que las emociones muy intensas dificultan la realización de tareas de complejas de razonamiento, aumentando el tiempo de ejecución de las mismas (Oaksford et al., 1996; Palfai y Salovey, 1993). Asimismo, otras investigaciones sugieren que los diferentes estados emocionales producen estilos cognitivos distintos e incrementan el uso de determinadas estrategias de procesamiento (Fiedler, 1988; Schwarz, 1990; Schwarz y Bless, 1991).

3. Habilidades de comprensión, análisis y uso del conocimiento emocional

Esta destreza implica entender las complejidades de los significados emocionales, las transiciones emocionales y las situaciones emocionales para dar significado a la experiencia emocional (Lizeretti, 2012). Concretamente, las habilidades que incluye esta rama son:

- La habilidad para etiquetar emociones y reconocer las relaciones entre las palabras y esas mismas emociones, como la relación entre sentir cariño y mostrarse cariñoso.
- La habilidad para interpretar el significado de las emociones de los demás como

cuando la tristeza frecuentemente acompaña a una pérdida.

- La habilidad para comprender sentimientos complejos: amor y odio a la vez, o mezclas como el temor reverencial a modo de combinación de miedo y sorpresa.
 - La habilidad para reconocer las transiciones probables entre emociones, como la transición desde el enfado a la satisfacción, o desde el enfado a la vergüenza.
- (Lizeretti, 2012, p. 69)

Abrahamsen (1965) señaló que para estar bien emocionalmente o, al menos, procurar alcanzar un estado de equilibrio entre la mente y el cuerpo, es fundamental comprender las causas y consecuencias de cada emoción experimentada. Investigaciones recientes también han relacionado esta habilidad con un mejor funcionamiento social (Laurent et al., 2020).

4. Habilidades de regulación de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual

Las habilidades que conforman la regulación emocional son aquellas que presentan mayor nivel de complejidad, puesto que su correcto desarrollo precisa la adquisición de las habilidades anteriores. Regular adecuadamente las emociones envuelve las habilidades siguientes:

- La habilidad para estar abierto a los sentimientos, tanto a los agradables como a los desagradables.
- La habilidad para regular inteligentemente una emoción, abordarla o despegarse de ella, dependiendo de si se la juzga útil o irrelevante.
- La habilidad para regular en forma inteligente las emociones en relación con uno mismo y con los otros, reconociendo cuán libres, típicas, influyentes o razonables

son.

- La habilidad para gestionar las propias emociones en uno mismo y en los otros, a través de la moderación de las emociones negativas y subrayando las placenteras, sin reprimir ni exagerar la información que conllevan. (Lizeretti, 2012, p. 70)

La regulación emocional incluye la forma como gestionamos la experiencia emocional internamente (cómo la identificamos y la significamos), pero también la forma como ordenamos las conductas emocionalmente motivadas hacia una meta (Lizeretti, 2012). Como se ha podido observar en el primer capítulo de esta tesis, existen numerosas estrategias para regular las emociones, algunas de ellas desadaptativas, que juegan un papel fundamental en el desarrollo de psicopatologías, sobre todo aquellas relacionadas con la rumiación y la supresión emocional (Aldao et al., 2010).

Estas cuatro ramas de habilidades se agrupan en dos áreas. Aquellas referentes al primer y segundo nivel, las habilidades para percibir información emocional, relacionarla con otras sensaciones y utilizarla para facilitar el pensamiento, conforman el *área experiencial* de la IE, puesto que están relacionadas con la experiencia de la emoción. Las ramas de tercer y cuarto nivel, entender la información emocional, auto-gestionarla, y utilizarla estratégicamente para planificar el pensamiento y la acción, por su parte, conforman el *área estratégica* de la IE, al tratarse de aquellas habilidades relacionadas con las tareas de razonamiento del procesamiento emocional (Lizeretti, 2012).

La experiencia emocional puede ser vivida en dos niveles distintos: la experiencia directa y la reflexión acerca de la experiencia. Las habilidades descritas hasta el momento constituyen aquellas implicadas directamente en el procesamiento de la emoción (dimensión objetiva de la IE). Sin embargo, también podemos hablar de la meta-experiencia de la emoción, que hace referencia al proceso reflexivo continuado

que acompaña a la mayoría de los estados de ánimo (Salovey et al., 1995). Este proceso reflexivo implica tres habilidades que configuran la dimensión subjetiva de la IE, denominada *inteligencia emocional percibida* (IEP): atender a los estados de ánimo y las emociones, discriminarlos con claridad y repararse de los estados desagradables o estresantes (Salovey et al., 2002). Las habilidades percibidas del procesamiento emocional han demostrado tener un papel relevante en las estrategias que uno tiene para regular sus emociones (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005a). Por un lado, los niveles extremos (tanto altos como bajos) de atención emocional impiden adquirir estrategias de regulación emocional y promueven el desajuste psicológico. Concretamente, los bajos niveles de atención impiden identificar las emociones y, por tanto, los niveles subsiguientes de IE, mientras que las personas con una excesiva atención emocional están constantemente atendiendo a sus estados anímicos lo que les impide actuar y llevar a cabo estrategias efectivas de regulación emocional. Por otro lado, la claridad y la reparación emocional representan las habilidades de IEP que contribuyen en mayor medida al bienestar subjetivo y ajuste psicológico de las personas (e.g., Extremera et al., 2011; Ferragut y Fierro, 2012; Rey y Extremera Pacheco, 2012; Rey et al., 2011; Vergara et al., 2015). Sin ir más lejos, reparar los estados emocionales constituye una habilidad de regulación emocional centrada en la respuesta, ya que esta habilidad está dirigida a modular la reacción emocional una vez que la emoción ya ha sido generada (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005a). Ésta se relaciona con la capacidad de recurrir a recuerdos positivos tras experimentar emociones desagradables (Josephson et al., 1996) y con el hecho de mostrarse menos estresados tras dicha experiencia (Salovey et al., 1995). Asimismo, se ha demostrado que utilizar la alegría como estrategia de reparación emocional amplía el campo visual, permite reducir la duración y el impacto de una emoción desagradable, contrarrestar los efectos negativos

de otras emociones, codificar y recuperar mejor recuerdos positivos y produce una recuperación cardiovascular más rápida que una experiencia neutral (Fredrickson, 2001).

3.3. La evaluación de la inteligencia emocional desde el modelo de habilidad

Existen dos aproximaciones empíricas que permiten operativizar el constructo y evaluar las diferencias individuales respecto a la IE: aquellas que ofrecen medidas directas de habilidad y aquellas que ofrecen medidas de autoinforme basadas en el meta-conocimiento que las personas tienen sobre su procesamiento emocional.

3.3.1. Medidas de habilidad

La única forma de conocer de forma objetiva el nivel de IE de una persona es a través del desempeño de tareas de resolución de problemas que pongan a prueba las habilidades que se quieren evaluar. La medida de habilidad más conocida y empleada es el *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test v.2.0* (MSCEIT; Mayer et al., 2003), que ha reemplazado a su predecesor el *Multifactor Emotional Intelligence Scale* (MEIS; Mayer et al., 1999). El MSCEIT tiene como objetivo poner a prueba las habilidades que constituyen los cuatro niveles de habilidad descritos en el apartado anterior (identificación, facilitación, comprensión y regulación) a través de diferentes tareas de ejecución que permiten conocer su grado de destreza en cada nivel. Está compuesto por 141 ítems con cinco opciones de respuesta a través de los cuales se pide a los participantes que cumplimenten un total de ocho tareas de diversa índole que requieren poner en juego cada una de las habilidades. El MSCEIT proporciona una puntuación total que corresponde al índice global de IE, dos puntuaciones referidas a las áreas del constructo (experiencial y estratégica), las puntuaciones referidas a las cuatro

habilidades del modelo y, finalmente, las puntuaciones en cada una de las subescalas. Cada una de estas puntuaciones es obtenida mediante dos criterios: experto y consenso. El *criterio experto* implica el grado de acuerdo de la respuesta de los participantes con la opinión de expertos e investigadores en el campo emocional. El *criterio consenso* se refiere al acuerdo de las respuestas de los participantes con la respuesta de una muestra amplia y heterogénea. Este instrumento cuenta con una versión española que ha mostrado propiedades psicométricas satisfactorias (Extremera et al., 2006). Las investigaciones realizadas con medidas de habilidad han demostrado que la IE se asocia a una mayor satisfacción con la vida, calidad en las relaciones y capacidad empática (Ciarrochi et al., 2000; Lopes et al., 2003).

3.3.2. *Medidas de autoinforme*

Los instrumentos de autoinforme han sido los más empleados hasta el momento, entre otras razones, por su fácil administración y la rapidez para obtener las puntuaciones, así como por concebir los procesos introspectivos como una de las formas más efectivas de indagar en los aspectos emocionales y afectivos del ser humano (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005b). Uno de los instrumentos más utilizados es el Trait Meta-Mood Scale (TMMS) desarrollado por Salovey et al. (1995), del que existe una versión reducida y adaptada al castellano, el *Trait Meta-Mood Scale-24* (TMMS-24; Fernández-Berrocal et al., 2004). Éste evalúa lo que Salovey et al. (2002) denominan IEP, es decir, el meta-conocimiento sobre las propias experiencias emocionales que se conceptualiza a través de los procesos emocionales reflexivos que caracterizan a las personas emocionalmente inteligentes. Éstos son:

- *Atención*. Analiza el grado en que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos.

- *Claridad*. Evalúa el grado en que las personas creen comprender sus estados emocionales y se perciben capaces de discriminar entre ellos.
- *Reparación*. Alude a la creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir y regular sus estados emocionales negativos y prolongar los positivos.
(Fernández-Berrocal y Extremera, 2005a, p. 103)

El TMMS cuenta con 48 ítems de respuesta tipo Likert (24 ítems en la versión española), donde 1 es “*nada de acuerdo*” y 5 es “*totalmente de acuerdo*”. Éstos se distribuyen en tres escalas que evalúan cada una de las dimensiones descritas. La IEP ha demostrado ser un buen predictor de ajuste psicológico y social, calidad de vida y dominio de tareas, contribuyendo a la disposición de las personas para adaptarse de forma exitosa a las experiencias estresantes (Augusto-Landa et al., 2006; Fernández-Berrocal y Ramos, 1999; Martínez-Pons, 1997).

Otro instrumento desarrollado en el marco de este modelo es el *Schutte Self-Report Inventory* (SSRI; Schutte et al., 1998). Este instrumento está compuesto por 33 ítems que evalúan la capacidad individual para percibir y utilizar las emociones, así como para manejar las emociones propias y ajenas. Sin embargo, existen importantes controversias respecto a la estructura factorial del instrumento. Mientras que los propios autores encontraron un único factor general, otros autores alegan que se trata de una escala multidimensional conformada tres, cuatro o seis factores en función del autor (García-Coll et al., 2013).

En síntesis, la mayor parte de los estudios científicos han explorado la IE a través de cuestionarios de autoinforme, probablemente, por su fácil aplicación y para evitar los procesos de evaluación excesivamente prolongados que requieren las pruebas de habilidad. De modo que su evaluación mediante este tipo de cuestionarios permite contrastar los resultados con la mayor parte de la literatura empírica de este campo.

Además, la extensa línea de investigación que ha analizado la IEP ha demostrado que las habilidades reflexivas del procesamiento emocional tienen un papel esencial en el desarrollo de estrategias adaptativas de regulación emocional y en el ajuste psicológico de las personas (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005a). Concretamente, el perfil característico de las personas con mayores niveles de adaptación psicológica y de regulación emocional es aquel con puntuaciones moderadas en atención pero elevadas en claridad y reparación emocional. En base a lo expuesto, la presente tesis doctoral se centra en el estudio de la IEP presentando, a continuación, los principales hallazgos obtenidos por la literatura sobre la IEP en población adolescente.

3.4. La inteligencia emocional percibida en la adolescencia

El estudio de la IEP en adolescentes ha suscitado un gran interés por la literatura, al considerar que éstos se encuentran en un periodo en el que deben poner en marcha una serie de estrategias que les permitan adaptarse a una nueva forma de vida (Fernández-Berrocal y Ramos, 1999). Las investigaciones sugieren que las habilidades de meta-conocimiento sobre la experiencia emocional empiezan a estabilizarse en la adolescencia (Keefer et al., 2013). Sin embargo, éstas pueden ser mejoradas a través de intervenciones específicas (McIlvain et al., 2015; Nelis et al., 2009, 2011; Rutledge y Petrides, 2012).

La experiencia meta-cognitiva ha demostrado contribuir al bienestar y ajuste psicológico de los adolescentes. Aquellos con altos niveles de IEP presentan puntuaciones más elevadas en bienestar subjetivo, felicidad, autoestima y hábitos saludables (Fernández-Berrocal et al., 2006; Latorre y Montañés, 2004; Serrano y Andreu, 2016). Por el contrario, los bajos niveles de IEP promueven el desajuste psicológico a través de problemáticas internalizadas (e.g., ansiedad, depresión),

conductas de riesgo (e.g., consumo de sustancias, tentativas suicidas) y el uso de estrategias desadaptativas (e.g., supresión y rumiación) (Resurrección et al., 2014). En este sentido, los adolescentes con bajos niveles de IEP han demostrado presentar puntuaciones más elevadas en estrés percibido, depresión, quejas somáticas, ansiedad y hábitos menos saludables como el consumo de alcohol y drogas (Fernández-Berrocal et al., 1998, 1999, 2006; Latorre y Montañés, 2004; Liao et al., 2003; Serrano y Andreu, 2016). Concretamente, el estrés percibido, la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias están más relacionados con los bajos niveles de claridad y reparación emocional de los adolescentes (Fernández-Berrocal et al., 1998, 1999, 2006; Latorre y Montañés, 2004), aunque otros estudios también han constatado la relación entre estas tres últimas y los altos niveles de atención emocional (Martín et al., 2008; Ruiz-Aranda et al., 2006). Los bajos niveles de claridad y reparación, a su vez, han demostrado fomentar el uso de estrategias desadaptativas como la supresión y la rumiación (Fernández-Berrocal et al., 1998, 1999, 2006; Martín et al., 2008), lo que sugiere que la discriminación entre los propios estados emocionales, junto con la prolongación de aquellos que resultan positivos y la interrupción de los negativos, constituyen destrezas importantes para prevenir el desarrollo de estrategias emocionales desadaptativas y la consiguiente aparición de psicopatologías en los adolescentes. La atención, por su parte, se ha relacionado con una mayor empatía y una tendencia disposicional a realizar y divertirse con tareas intelectuales en población adolescente (Fernández-Berrocal et al., 1998, 1999).

La IEP también ha demostrado tener un valor predictivo sobre el modo en cómo los adolescentes afrontan y resuelven sus dificultades en la vida cotidiana. Concretamente, los altos niveles de claridad emocional predicen una orientación más positiva hacia los problemas, mientras que los altos niveles de atención emocional

predicen una orientación más negativa y una mayor tendencia a resolverlos racionalmente. La reparación emocional, por su parte, es la que incide sobre más aspectos relacionados con el estilo de afrontamiento de los adolescentes. Concretamente, ésta predice la tendencia a adoptar una orientación positiva hacia los problemas y a resolverlos de forma racional, así como una menor tendencia a adoptar una orientación negativa y un estilo de resolución impulsivo ante situaciones adversas (Pena et al., 2011).

Las evidencias respaldan la existencia de diferencias en función del género, sobre todo, por lo que respecta a la atención emocional donde las adolescentes presentan puntuaciones superiores en comparación con sus iguales del género masculino (Ciarrochi et al., 2001; Fernández-Berrocal et al., 1998, 1999; Pena et al., 2011; Serrano y Andreu, 2016). Una atención excesiva a las emociones contribuye a una mayor presencia de pensamientos rumiativos que, a su vez, inciden en el desarrollo de la sintomatología depresiva (Thayer et al., 2003), lo que podría explicar la prevalencia de los trastornos depresivos sea superior en la población femenina. Otros estudios también muestran niveles más altos de reparación emocional entre los adolescentes varones (Fernández-Berrocal et al., 1998, 1999; Serrano y Andreu, 2016).

En el plano social, la IEP se ha relacionado con la calidad de las relaciones interpersonales de los adolescentes. En este sentido, Ciarrochi et al. (2001) observaron que los adolescentes con una alta IEP eran más capaces de establecer y mantener relaciones interpersonales, tenían más amigos y apoyo social, sentían más satisfacción con sus relaciones sociales, poseían más habilidades para identificar expresiones emocionales y presentaban comportamientos más adaptativos para mejorar sus emociones negativas, todo ello independientemente de sus niveles de autoestima y ansiedad.

Sin embargo, la relación entre la IEP y el rendimiento académico de los adolescentes es algo más confusa. Mientras que, de forma opuesta a lo que se había obtenido en población universitaria (Newsome et al., 2000), la IEP ha demostrado en un estudio tener una modesta capacidad predictiva de las calificaciones académicas obtenidas al finalizar la educación secundaria (Parker et al., 2004), otro estudio no detectó relaciones directas entre la IEP y el rendimiento académico (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004), aunque en este caso los autores señalaron la posible existencia de una relación indirecta al identificar que la claridad y la reparación predecían componentes no académicos (síntomatología depresiva) que incidían en el rendimiento académico de esta población. Serrano y Andreu (2016), por su parte, obtuvieron relaciones significativas entre las tres dimensiones de la IEP y el compromiso con el estudio o *engagement* reportado por los mismos adolescentes, siendo la habilidad para reparar los estados de ánimo negativos la que parece incidir en mayor medida.

Los bajos niveles de IEP también han demostrado ser un factor clave en el desarrollo de conductas disruptivas en las que subyace un déficit emocional. Concretamente, estos déficits se han relacionado con una mayor presencia de conductas impulsivas y delictivas en los adolescentes, así como un temperamento más agresivo y una mayor justificación de la agresión (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Liau et al., 2003). Concretamente, Extremera y Fernández-Berrocal (2002) obtuvieron un perfil emocional muy marcado en aquellos que tienden a justificar la agresión, caracterizado por altos niveles de atención emocional y bajos niveles de claridad y reparación emocional. En otro estudio efectuado con adolescentes que habían cometido delitos sexuales se detectó el mismo perfil emocional en este colectivo (Moriarty et al., 2001).

Por último, en poblaciones específicas, los bajos niveles de IEP se han relacionado con la presencia de trastornos alimentarios, ansiedad, depresión, abuso de sustancias y tendencias suicidas, así como con la predisposición a la delincuencia y a la impulsividad en adolescentes en riesgo de exclusión social (Zavala y López, 2012). En esta línea, varios estudios efectuados en adolescentes de población clínica señalaron el efecto modulador de la IEP en la relación entre ciertas variables (e.g., estrés percibido, rumiación) y la presencia de ideaciones suicidas, detectando niveles de ideación suicida significativamente superiores en aquellos con estrés percibido y con pensamientos rumiativos que presentan bajos niveles de IEP en comparación con los que presentan altos niveles de IEP (Abdollahi et al., 2016; Abdollahi y Talib, 2015). El impacto de la IEP en el desarrollo de ideaciones suicidas también ha sido constatado en adolescentes españoles víctimas de acoso cibernético, demostrando moderar la relación entre el acoso cibernético y las ideaciones suicidas de este colectivo (Extremera et al., 2018). Concretamente, los niveles de atención emocional se relacionaron con una mayor presencia de comportamientos suicidas, mientras que los niveles de claridad y reparación emocional correlacionaron negativamente con la presencia de estos comportamientos. Por lo que respecta a los adolescentes con historia de maltrato, Moreno-Manso et al. (2016) evidenciaron los déficits de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial respecto a las tres habilidades que conforman la IEP, quienes presentaron niveles bajos en todas ellas incluida la atención emocional.

En síntesis, el modelo de IE de Mayer y Salovey (1997) ofrece un marco conceptual completo a través del cual se recogen aquellas habilidades implicadas en el proceso de regulación emocional. Al mismo tiempo, el procesamiento de las emociones va acompañado de un proceso reflexivo sobre el mismo cuyo perfil también aporta

información sobre aquellas personas que son más emocionalmente inteligentes (IEP). Existe una extensa línea de investigación dirigida a analizar la IEP en población adolescente que constata de forma consistente la implicación de las habilidades reflexivas que constituyen la IE en el ajuste psicológico de los adolescentes, especialmente las habilidades para percibir con claridad y reparar los estados emocionales.

4. RIESGO DE SUICIDIO EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

4.1. La *suicidología* contemporánea

4.1.1. Teoría del *Psychache*

4.1.2. Teoría Interpersonal del Suicidio

4.2. Necesidades Psicológicas Básicas

4.3. Etiología del suicidio y factores de riesgo en población adolescente

4.4. Terapias validadas para la prevención del suicidio en adolescentes

4. Riesgo de suicidio en población adolescente

A lo largo de la historia la concepción del suicidio ha estado en constante evolución, viéndose muy influenciada por la cultura, los valores morales y la religión imperantes, así como por los enfoques teóricos desde los que ha sido abordado. La mayoría de los investigadores en el campo del suicidio reconocen que la pluralidad de definiciones empleadas ha supuesto una importante limitación tanto para la investigación como para la práctica clínica (Silverman et al., 2007), alegando la necesidad de emplear una definición que permita describir el concepto más que una explicación guiada por un determinado enfoque teórico (De Leo et al., 2006). Esta problemática queda reflejada actualmente en el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), donde se incluye el comportamiento suicida dentro de la sección de trastornos que necesitan más estudio.

Los primeros modelos teóricos que tratan de dar una explicación coherente al suicidio nacen en el siglo XX. Lo hacen desde un punto de vista sociocultural, que atribuyen a la sociedad la causalidad del mismo al considerarlo la expresión de una afección colectiva; psicológico, que centran su interés en el individuo y una serie de factores intrapersonales; y médico, que tratan de dar una explicación biológica al suicidio (Rodríguez Pulido et al., 1990). Sin embargo, estos elementos por separado se han considerado insuficientes a la hora de proporcionar una explicación íntegra al fenómeno suicida. En consecuencia, con el auge de los modelos bio-psico-sociales que, tanto desde la medicina como desde la psicología, sugieren abordar las alteraciones psicopatológicas combinando los factores ambientales con los factores individuales, surgen algunos modelos teóricos del suicidio basados en la interacción de estos factores (e.g., modelos diátesis-estrés). Estos enfoques son criticados por Shneidman a finales

del siglo XX, quien alega que la dinámica hacia el suicidio no puede ser explicada a través de una combinación entre factores aislados y da paso a la *suicidología*⁴ contemporánea donde aparecen modelos que tratarán de ofrecer una explicación íntegra de la dinámica hacia el suicidio.

4.1. La *suicidología* contemporánea

4.1.1. *Teoría del Psychache*

El psicólogo y escritor Edwin S. Shneidman, también conocido como *padre de la suicidología contemporánea* por ser pionero en atención y prevención del suicidio, calificó de reduccionistas los modelos desde los que la literatura científica había analizado el fenómeno suicida, señalando que ninguno de los factores estudiados hasta la fecha había demostrado tener suficiente capacidad para predecir el suicidio porque se pasaba por alto el principal foco de la actuación suicida: la mente (Shneidman, 1993a). El autor ofreció una visión del fenómeno basada en la aproximación fenomenológica a la experiencia de la persona que desea suicidarse. Para ello, se centró en identificar aquellos atributos psicológicos omnipresentes entre las personas que se suicidaban. El análisis de notas de suicidio, así como la práctica clínica y comunitaria, fueron sus principales métodos de estudio y fuente de inspiración en sus aportaciones.

Mediante el análisis de cartas de suicidio, Shneidman (1999) descubrió que las personas que se suicidaban tenían un denominador común. Habló de tres elementos básicos de una nota prototípica de suicidio: el dolor, la incapacidad de tolerar la situación y la incapacidad para identificar estrategias de afrontamiento alternativas al suicidio. En base a estos hallazgos, el autor concluyó que el *psychache*, también

⁴ El término *suicidología* es acuñado por Shneidman (1971) para referirse a la ciencia que estudia los comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos. El autor enmarca esta disciplina en el campo de la psicología al considerar el suicidio una “crisis psicológica”.

conocido como *dolor mental*, era la causa del suicidio y, por tanto, la única variable capaz de predecirlo (Shneidman, 1993b). El constructo ha sido definido como una “experiencia introspectiva de emociones negativas tales como la ira, la culpa, la desesperación, la soledad y la pérdida” (Shneidman, 1999, p. 287). Este constructo no es concebido como una alteración, sino como una condición humana universal y omnipresente (Shneidman, 2005). Sus aportaciones estuvieron muy influenciadas por los postulados de su mentor Henry A. Murray quien, según el autor, ya había formulado en su día la pregunta clave para la investigación del suicidio y de la que derivan todas sus ideas subsiguientes: “¿Qué es el suicidio sino un esfuerzo para detener el flujo intolerable de afecto negativo?” (Shneidman, 1998, p. 245).

Con esta experiencia subjetiva deben concurrir dos elementos más para desencadenar en un acto suicida. En primer lugar, los niveles *psychache* deben superar el umbral de tolerancia que difiere entre sujetos. Por otro lado, este dolor conlleva un proceso de diálogo interior donde la mente explora las opciones de que dispone para afrontarlo, al que denomina introspección. Es cuando no se hallan estrategias de afrontamiento cuando el suicidio acaba siendo aceptado como la única solución para cesar este dolor. En este sentido, el autor destaca que la persona no desea suicidarse, sino que se encuentra entre un deseo ambivalente simultáneo de vivir o morir en el que acaba dominando la falta de estrategias que le permitan cesar esta situación (Shneidman, 1993a).

El elemento desencadenante de todo este proceso son las necesidades psicológicas insatisfechas. Desde esta perspectiva, el autor defiende que toda actuación humana está orientada a satisfacer determinadas necesidades psicológicas (Shneidman, 1998). En consecuencia, el acto suicida representa un esfuerzo para resolver un problema real, imaginario o exagerado en el que subyacen una serie de necesidades

insatisfechas. Por este motivo, en la etapa final de su carrera Shneidman sugirió focalizar la atención en ellas a la hora de desarrollar estrategias de prevención: “el remedio o propósito central de cualquier terapia para prevenir el suicidio consiste en abordar y mitigar las necesidades vitales frustradas del paciente para que, así, disminuya su dolor psicológico” (Shneidman, 2005, p. 11). Para describir estas necesidades, el autor extrae de la taxonomía elaborada por Murray (1938) en su teoría de la personalidad aquellas que detecta con mayor frecuencia entre las personas que cometen un suicidio: logro, afiliación, evitación de la vergüenza, ser socorrido, orden y recuperación.

En síntesis, la concepción de Shneidman sobre la dinámica hacia el suicidio puede resumirse en las diez características comunes:

1. El propósito común es buscar una solución.
2. El objetivo común es el cese de la conciencia.
3. El estímulo común es el dolor mental intolerable.
4. El estresor común son las necesidades psicológicas insatisfechas.
5. La emoción común es la desesperanza, la desesperación.
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.
7. El estado perceptivo común es la constricción.
8. La acción común es escapar.
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida.
10. La consistencia común en el suicidio son los propios patrones de afrontamiento. (Shneidman, 2005, p. 10)

A fin de profundizar en la experiencia introspectiva de las personas que desean suicidarse el autor elaboró un test proyectivo denominado *The Psychological Pain*

Assessment Scale (PPAS; Shneidman, 1999), que consta de una serie de láminas en las que el sujeto proyecta su dolor, junto con un listado abierto de emociones en el que identificar aquellas que lo configuran y dos de escalas de calificación lineal para cuantificar la intensidad de *psychache* percibida en el momento actual y en el momento en el que fue percibido con mayor intensidad. Con ello, su principal objetivo era facilitar y optimizar la comunicación del dolor mental (Pompili et al., 2008). El instrumento reveló que la emoción vivenciada con mayor intensidad entre pacientes hospitalizados mientras éstos experimentan el *psychache* en su mayor intensidad era la sensación de abandono, seguido de la ira y la desesperación (Pompili et al., 2008). En este mismo estudio se observó que, aunque la hospitalización mitigaba la sintomatología psiquiátrica, la mayoría de los pacientes no percibían haber dejado de experimentar el *psychache* en su mayor intensidad.

La tesis del dolor mental como causa del suicidio ha obtenido un fuerte apoyo empírico que demuestra su preeminencia respecto a los demás factores de riesgo⁵. Concretamente, este constructo ha demostrado estar altamente relacionado con los principales factores de riesgo (desesperanza y depresión) llegando incluso a mediar su relación (Verrocchio et al., 2016). En la misma línea, Campos y Holden (2015) identificaron dos variables que, junto con el dolor mental, se relacionaban directamente con el suicidio: las necesidades interpersonales⁶ y la percepción de rechazo parental, observando que la depresión ejercía una influencia indirecta en el suicidio a través de la experiencia de *psychache* y las necesidades interpersonales insatisfechas. Otros autores elaboraron indicadores para medir el umbral de tolerancia al dolor mental que permitieron verificar que las personas con escasa tolerancia al dolor mental presentaban mayor riesgo de suicidio (Levinger et al., 2015; Orbach et al., 2003; Soumani et al.,

⁵ Ver Verrocchio et al. (2016) para una revisión de la literatura.

⁶ Las *necesidades interpersonales* se describen en el siguiente apartado.

2011). Shelef et al. (2015), por su parte, obtuvieron que las estrategias de regulación emocional mediaban la relación entre el *psychache* y las ideaciones suicidas. En la línea de estos últimos hallazgos, Verrocchio et al. (2016), en su revisión, concluyeron que el dolor mental no lidera el comportamiento suicida por sí solo, sino que su influencia puede ser crítica cuando la persona no tiene habilidades para regular dicha experiencia.

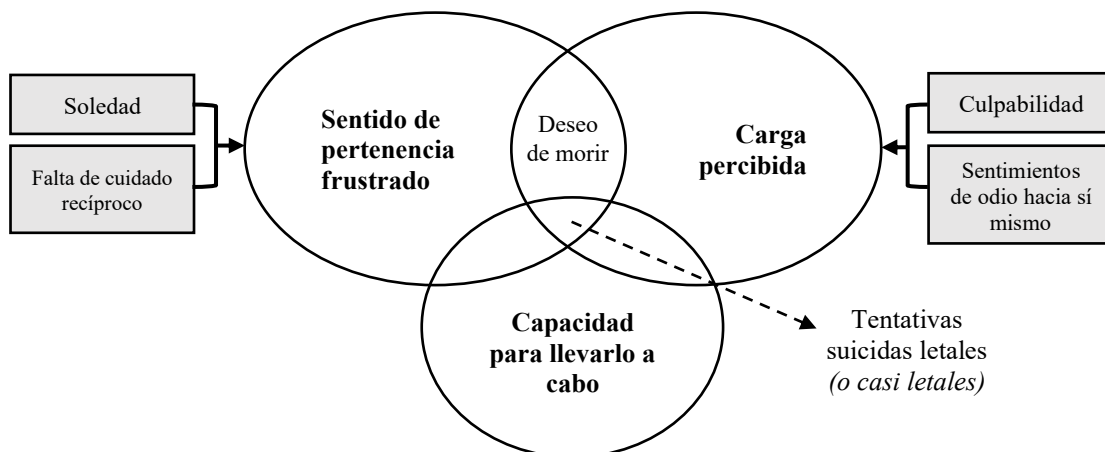
A partir del trabajo de Shneidman, surgen varios modelos que tratan de proporcionar una explicación íntegra a la dinámica hacia el suicidio, siendo la Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) la más destacada.

4.1.2. Teoría Interpersonal del Suicidio

La Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) representa uno de los modelos más influyentes de la *suicidología* contemporánea, cuyos postulados suscitaron una extensa línea de investigación que, a día de hoy, cuenta con un gran apoyo empírico. Ésta propone una explicación específica a dos elementos relevantes y claramente diferenciados de la dinámica hacia el suicidio: el deseo de morir y la capacidad para hacerlo (ver Figura 5).

Figura 5.

Teoría Interpersonal del Suicidio



Fuente: Adaptado de Van Orden et al. (2010).

Desde esta teoría, el deseo de morir resulta de la presencia simultánea de dos necesidades de carácter interpersonal que permanecen insatisfechas: 1) la necesidad de pertenecer o sentido de pertenencia frustrado y 2) la necesidad de sentirse socialmente competente denominada carga percibida o sensación de ser una carga para los demás. El *sentido de pertenencia frustrado* hace referencia a la alienación social que se percibe cuando una persona carece de relaciones afectivas recíprocas y no se siente parte de un círculo familiar, de amigos o de otros grupos valorados. Ésta se conceptualiza mediante dos dimensiones: la *soledad* que incluye algunos indicadores como la falta de apoyo social o de interacción familiar, y la *carencia de afecto recíproco* que se valora a través de indicadores como las experiencias de maltrato infantil, la violencia doméstica, la conflictividad familiar y/o social, etc.

La *carga percibida*, por su parte, hace referencia a la percepción de ser una sobrecarga para los demás al sentir que las personas del círculo que le rodean estarían mejor sin su presencia (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Este componente fue desarrollado a partir de la necesidad de competencia social propuesta por Deci y Ryan (2000) y engloba la *culpabilidad* y el *odio hacia uno mismo*. La culpabilidad hace referencia al sentimiento de ser una responsabilidad para los demás, valorada a través de indicadores como la angustia por no tener un trabajo o una vivienda, la angustia por padecer una enfermedad física y la percepción de ser prescindible o de no ser querido por los demás. Los sentimientos de odio hacia uno mismo, por su parte, se operativizan a través de indicadores como la baja autoestima y la vergüenza hacia uno mismo. Ambos componentes se plantean como los factores proximales del deseo suicida, por lo que los demás factores de riesgo contribuyen al desarrollo de ideaciones suicidas a través de estas dos necesidades.

El deseo suicida, sin embargo, no es suficiente para llevar a cabo el acto. Es necesario un tercer elemento para llegar al suicidio consumado: la *capacidad adquirida*. Desde esta propuesta, si el sentido de pertenencia frustrado y la carga percibida no van acompañadas de una capacidad para llevar a cabo el acto, éstas no conducirán al acto suicida. Esta capacidad se caracteriza por una elevada tolerancia al dolor físico y un escaso miedo a la muerte, que se adquiere mediante la exposición repetida al dolor físico y/o experiencias inductoras de miedo, es decir, a través de un proceso de habituación. De acuerdo con los postulados de estos autores, las principales experiencias que fomentan la capacidad adquirida son el maltrato infantil, el aglutinamiento, la exposición a combates o peleas y la impulsividad (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010).

La Teoría Interpersonal del Suicidio representa el único modelo explicativo del suicidio que aporta una definición teórica y operativa de las necesidades subyacentes al deseo suicida. Numerosos estudios han constatado la presencia del sentido de pertenencia frustrado y la carga percibida en el deseo suicida tanto en población general (Campos y Holden, 2015; Freedenthal et al., 2011; Hallensleben et al., 2016; Nsamenang et al., 2013; Van Orden et al., 2012) como en población clínica (Hawkins et al., 2014; Mandracchia y Smith, 2015; Poindexter et al., 2015; Van Orden et al., 2012) y otras poblaciones específicas (Bryan, 2011). Algunos de ellos constataron que ciertas variables como la sintomatología depresiva, el trastorno por estrés postraumático, la edad, los eventos adversos, el consumo de sustancias y la percepción de rechazo parental confieren riesgo de suicidio a través de estos componentes (Bryan, 2011; Campos y Holden, 2015; Hill y Pettit, 2013; Nsamenang et al., 2013; Poindexter et al., 2015; Rowe et al., 2013; Van Orden et al., 2012). Aunque la mayoría de los autores detectaron una mayor contribución de la carga percibida respecto al sentido de

pertenencia frustrado en el riesgo de suicidio (e.g., Bryan, 2011; Freedenthal et al., 2011; Poindexter et al., 2015), Chu et al. (2017) en su meta-análisis observaron que este resultado solo se produce cuando los componentes se analizan aisladamente y que cuando el sentido de pertenencia frustrado entra en interacción con la capacidad adquirida ésta contribuye de forma más significativa, lo que indicaría que, en el contexto de las personas que han adquirido capacidad para llevarlo a cabo a través de experiencias dolorosas, el sentido de pertenencia frustrado tendría un papel especialmente relevante.

Relación entre la Teoría Interpersonal del Suicidio y el maltrato infantil

De acuerdo con la Teoría Interpersonal del Suicidio, el maltrato infantil promueve una sensación de no ser querido o indispensable que fomenta el sentido de pertenencia frustrado y de ser una carga. Asimismo, Joiner (2005) asumió que las tipologías de maltrato que más atentan contra la integridad física aumentarían el riesgo de llevar a cabo tentativas suicidas a través de la capacidad adquirida a este tipo de eventos. Desde esta perspectiva, el maltrato físico y el abuso sexual deberían conferir mayor riesgo de cometer comportamientos suicidas, mientras que el maltrato emocional y la negligencia contribuirían al desarrollo de ideaciones suicidas a través del sentido de pertenencia frustrado y la carga percibida pero no de tentativas. Estas aportaciones concuerdan con los hallazgos previos que constataron que el maltrato emocional y la negligencia se relacionaron con las ideaciones suicidas pero no con las tentativas (Gibb et al., 2001; Serafini et al., 2015). En base a estas aportaciones, investigaciones recientes se dedicaron a analizar la relación entre el maltrato infantil y los comportamientos suicidas a través de este modelo teórico en población general, clínica y en riesgo de exclusión social. En la línea de lo esperado, algunos autores observaron

que el maltrato emocional predecía las ideaciones suicidas a través del sentido de pertenencia frustrado y la carga percibida (Schönfelder et al., 2019; Smith et al., 2018). Sin embargo, otros estudios obtuvieron que el maltrato emocional predecía la carga percibida pero no el sentido de pertenencia frustrado y que, además, éste también predecía una capacidad adquirida para llevar a cabo comportamientos suicidas (Allbaugh et al., 2017; Puzia et al., 2014). Una posible explicación podría ser que el maltrato emocional ha demostrado en otras investigaciones estar estrechamente vinculado a la presencia de autolesiones a través de la disregulación emocional (Titelius et al., 2018), por lo que este tipo de eventos podrían haber contribuido al desarrollo de la capacidad adquirida. El maltrato físico y el abuso sexual, por su parte, se relacionaron con el riesgo de llevar a cabo comportamientos suicidas a través de la capacidad adquirida (Allbaugh et al., 2017; Schönfelder et al., 2019). Sin embargo, Smith (2018) solo obtuvo estos hallazgos respecto al maltrato físico, aunque estos resultados podrían ser debidos a la baja representatividad del abuso sexual en la muestra analizada.

4.2. Necesidades psicológicas básicas

Tradicionalmente, el bienestar y el crecimiento psicológico del ser humano se ha relacionado con la percepción de un funcionamiento psicológico sano basado en la adecuada satisfacción de las necesidades psicológicas básicas (NPB; Deci y Ryan, 2000; Vallerand y Verner-Filion, 2013). El concepto de necesidad, entendido como la fuerza que impulsa al ser humano a su desarrollo en general, ha sido ampliamente estudiado desde diferentes perspectivas (Allport, 1927; Deci y Ryan, 2000; Hull, 1943; Maslow, 1943; McClelland, 1985; Murray, 1938). La Teoría de la Autodeterminación (TAD; Deci y Ryan, 2000) se ha convertido en uno de los modelos actuales más relevantes por haber suscitado una extensa línea de investigación en diferentes

contextos (Deci y Ryan, 2008). Ésta defiende que las personas son organismos orientados al crecimiento y que, por tanto, están intrínsecamente motivados a perseguir y superar desafíos, es decir, a actualizar su potencial (Deci y Ryan, 2000).

La motivación intrínseca o energía del comportamiento se genera por la búsqueda de las NPB. En este sentido, Deci y Ryan (2000) describen tres necesidades psicológicas que son innatas, universales y esenciales para la salud y el bienestar que sirven como vía a través de la cual el contexto social influye en el desarrollo vital: la autonomía, la competencia y la relación. La *autonomía* se refiere a la necesidad de sentir que tenemos capacidad para decidir acerca de nuestros propios actos, expresar nuestras ideas sin sufrir ninguna clase de presión externa y elegir libremente cómo vivir nuestra vida. La *competencia*, por su parte, responde a la necesidad de sentirse hábil y eficaz en las tareas desempeñadas, sentir éxito, demostrar nuestra capacidad y aprender nuevas habilidades. Se deduce que cuando se satisface nuestra necesidad de competencia, los sentimientos de autoeficacia y autoestima pueden estar en el centro de sentimientos más generales de bienestar. Finalmente, la *relación* alude a la necesidad de sentirse en buena sintonía con las personas cercanas y gozar de una vida social activa. Esta necesidad se satisface cuando experimentamos apoyo social y nos sentimos cerca de los demás (Deci y Ryan 2008).

Las NPB han demostrado ser determinantes para el bienestar personal y el ajuste psicológico (e.g., Deci y Ryan, 2000; Reis et al., 2000). Sin ir más lejos, Sheldon et al. (2001) reunieron las principales teorías sobre necesidades y probaron un modelo de diez necesidades psicológicas (autonomía, competencia, relación, autorrealización, prosperidad física, estimulación del placer, dinero-lujo, seguridad, autoestima y popularidad-influencia) cuyos resultados empíricos respaldaron los postulados de la TAD, siendo la autonomía, la competencia y la relación aquellas que demostraron tener

el papel más significativo en el grado de satisfacción o insatisfacción experimentado ante los diferentes eventos vitales.

Concretamente, la autonomía y la competencia están presentes en la mayoría de las experiencias satisfactorias, mientras que éstas no están cubiertas cuando se vivencian experiencias insatisfactorias (Partala y Kallinen, 2012). Todas ellas también han demostrado contribuir en las respuestas afectivas, promoviendo respuestas de afecto positivo y reduciendo el afecto negativo o estrés psicológico cuando éstas están cubiertas (Wilson et al., 2009). Por el contrario, cuando no están cubiertas, éstas contribuyen al desarrollo de múltiples alteraciones como a la depresión y el afecto negativo tanto en adultos (Bartholomew et al., 2011) como en población infantil (Véronneau et al., 2005), así como en la ansiedad, el insomnio y la baja autoestima entre otros (Baard et al., 2004; Kasser y Ryan, 1999; Sheldon et al., 1996; Sheldon y Niemiec, 2006). Además, cuando las NPB se mantienen insatisfechas de manera crónica, las personas caen en patrones desadaptativos en los que pueden perseguir objetivos extrínsecos vacíos (motivados por fines externos) y utilizar comportamientos compensatorios para aliviar temporalmente las emociones negativas provocadas por su frustración (Emery et al., 2016). Los efectos de esta necesidad de reemplazo y compensación resultan en una mayor frustración y, por lo tanto, perpetúan un ciclo de funcionamiento insano (Vansteenkiste y Ryan, 2013). En este sentido, las investigaciones han respaldado el vínculo entre la satisfacción de las NPB y los comportamientos compensatorios de autocontrol como los atracones (Schüler y Kuster, 2011), el tabaquismo (Williams et al., 2009) y los comportamientos parasuicidas (Emery et al., 2016).

Como se ha observado a lo largo de este capítulo, la idea de que las necesidades psicológicas juegan un papel crítico en el desarrollo de pensamientos y

comportamientos suicidas constituye la base de las principales teorías contemporáneas del suicidio (Joiner, 2005; Shneidman, 1993a; Van Orden et al., 2010). Concretamente, la Teoría Interpersonal del Suicidio defiende que las NPB insatisfechas constituyen factores de riesgo proximales para el desarrollo del sentido de pertenencia frustrado y la carga percibida. Concretamente, Van Orden et al. (2012) demostraron las analogías existentes entre el sentido de pertenencia frustrado y la necesidad de relación, así como entre la carga percibida y las necesidades de autonomía y competencia. Sin ir más lejos, las NPB han demostrado ser efectivas para proteger del riesgo de suicidio a través de la relación que mantienen con el sentido de pertenencia frustrado y la carga percibida (Hill y Pettit, 2013; Tucker y Wingate, 2014; Van Orden et al., 2012).

A partir de aquí, las NPB empezaron a ser estudiadas en el campo del suicidio, demostrando contribuir tanto en el desarrollo de ideaciones suicidas (Britton et al., 2014; Hill y Pettit, 2013; Liu et al., 2019; Rowe et al., 2013; Tucker y Wingate, 2014) como de tentativas (Britton et al., 2014; Rowe et al., 2013) en población general, siendo la más relevante la necesidad de competencia en todos los casos. Sin embargo, todas ellas han demostrado predecir el riesgo de suicidio de forma independiente, más allá de la edad, el género y la presencia de sintomatología depresiva (Britton et al., 2014; Rowe et al., 2013). Tucker y Wingate (2014), por su parte, sugieren que satisfacer las necesidades de autonomía, competencia y relación contribuye al aumento del locus de control interno, la autoestima y la conexión interpersonal reduciendo, en consecuencia, el riesgo de suicidio. Otros estudios, por su parte, observaron que las NPB moderan la relación que establecen los eventos vitales negativos con el riesgo de suicidio tanto en adultos como en los adolescentes (Bureau et al., 2012; Rowe et al., 2013).

4.3. Etiología del suicidio y factores de riesgo en población adolescente

Los postulados descritos a lo largo de este capítulo revelan que la dinámica hacia el suicidio constituye un proceso cuyo inicio se da mucho antes de llevar a cabo el acto letal. Además, su condición irreversible obliga a extender el concepto a otros aspectos susceptibles de ser abordados para prevenir la muerte letal. Por este motivo, los investigadores suelen entender el suicidio como un continuo de manifestaciones de diferente naturaleza y gravedad ordenadas secuencialmente que va desde aspectos cognitivos, como los pensamientos suicidas y su planificación, hacia aspectos conductuales, tales como el intento suicida, el parasuicidio y el suicidio consumado (Mosquera, 2016). Beck et al. (1976) iniciaron esta concepción del suicidio como un continuo de comportamientos, clasificándolos en ideaciones suicidas, tentativas y suicidio consumado. A partir de aquí, varios autores han presentado diversos modelos de clasificación (e.g., O'Carroll et al., 1996; Silverman et al., 2007; Sulik y Garfinkel, 1992). En esta misma línea, la OMS (2014) se refiere a los comportamientos suicidas como un conjunto de actos que conforman un continuo que abarca desde la ideación suicida hasta su planificación, intento y consumación.

Pfeffer et al. (1991) demostraron que la concepción del suicidio como un continuo de comportamientos y su clasificación puede ser de gran utilidad para determinar el riesgo subsiguiente de los niños y adolescentes, pues aquellos que exhiben comportamientos de mayor riesgo también se han visto previamente involucradas en pensamientos o comportamientos de menor riesgo. Brent et al. (1988), por su parte, revelaron que los factores de riesgo de cometer tentativas suicidas eran similares a los factores de riesgo del suicidio consumado entre los adolescentes, lo que sugiere una superposición y continuidad en la predisposición a todos los comportamientos suicidas. Siguiendo el modelo de clasificación dimensional de Sulik y Garfinkel (1992), el riesgo

de suicidio aumenta a medida que los *pensamientos suicidas* progresan hacia las *amenazas* y que los *gestos suicidas* progresan hacia las *tentativas*. De modo que todos los comportamientos incluidos en el continuo del suicidio deben ser considerados factores de riesgo, aunque en diferente grado.

Los pensamientos o ideaciones suicidas se encuentran entre el 15 y el 25% de los adolescentes de población general (Bridge et al., 2006). Asimismo, algunos autores defienden que en la adolescencia es más probable que se produzca una escalada desde las ideaciones hacia los comportamientos suicidas (Nock et al., 2013). Las ideaciones suicidas se considerarían una amenaza seria cuando el deseo de morir o de producirse un daño ha sido expresado. Ante una amenaza suicida, es necesario determinar si en ésta subyace un planteamiento sobre dónde, cuándo y cómo se llevaría a cabo. En este caso, la amenaza estaría acompañada de un plan que debe ser evaluado para determinar si la persona tiene fácil acceso a los métodos seleccionados para llevar a cabo el suicidio y si los métodos especificados son letales o no. Es importante diferenciar cuando un adolescente manifiesta un deseo de morir y cuando éste ha indicado un plan para cometer una tentativa demostrando tener un acceso razonable a un método letal, donde la amenaza de suicidio se considera severa y debe ser abordada con urgencia (Sulik y Garfinkel, 1992).

Los actos suicidas, por su parte, se pueden dividir en gestos y en tentativas suicidas (Sulik y Garfinkel, 1992). Los gestos representan comportamientos autolesivos en los que existe cierto riesgo de letalidad, pero sin una intencionalidad seria de morir (e.g., cortes no letales en la muñeca, apuntarse con un arma). Aunque algunos autores consideran los gestos como conductas de búsqueda de atención, se sabe que los adolescentes que realizan gestos suicidas tienen un mayor riesgo de intentar o completar el suicidio posteriormente (Sulik y Garfinkel, 1992). Además, los gestos también

pueden considerarse comportamientos nocivos por sí solos, aunque no desencadenen en un suicidio letal (Linehan, 1986). Cabe tener en cuenta que, aunque las consecuencias médicas inmediatas son menos graves y la intención de morir parece ser menor, cada vez que una persona está lo suficientemente desesperada como para cometer deliberadamente un comportamiento autodestructivo, el funcionamiento de la persona se ve gravemente comprometido. Asimismo, es importante no confundir los gestos suicidas con las autolesiones, pues estas últimas no estarían incluidas dentro de los comportamientos suicidas puesto que no existe ni riesgo ni intencionalidad de morir y suelen estar asociadas a determinadas problemáticas como el retraso mental, la esquizofrenia y el trastorno límite de la personalidad (Sulik y Garfinkel, 1992). Las tentativas, por su parte, han sido llevadas a cabo por un 4.2% de los adolescentes de población general en al menos una ocasión (Carli et al., 2014). Igual que las ideaciones, las tentativas suelen ser más frecuentes entre la población adolescente femenina (Boeninger et al., 2010). Sin embargo, las tasas de suicidio consumado son superiores en los adolescentes de población masculina, lo que indica que éstos tienen una mayor probabilidad de que sus tentativas sean letales (Glenn et al., 2020).

En cuanto al suicidio consumado, mientras que las tasas a nivel mundial son relativamente bajas en los preadolescentes de entre 10 y 14 años (0.93 por cada 100.000), éstas se ven expuestas a un incremento notable en los adolescentes de entre 15 y 19 años, pasando a ser de 6.04 por cada 100.000 adolescentes (Glenn et al., 2020), y situándose en la segunda causa de muerte entre este colectivo (OMS, 2018). En esta línea, Sulik y Garfinkel (1992) concluyeron que un importante número de adolescentes piensan activamente en el suicidio e intentan terminar con sus propias vidas prematuramente y que cualquiera de los comportamientos descritos debe ser abordado

independientemente del riesgo que confiera a fin de mejorar su estado de salud general y calidad de vida, evitando así que se avance a través del continuo suicida.

Es bien sabido que la adolescencia constituye un periodo caracterizado por importantes cambios y transiciones en los distintos dominios. Al mismo tiempo que experimentan estos cambios, los adolescentes deben tomar importantes decisiones orientadas a su futuro y afrontar nuevos retos relacionados con la construcción de una identidad propia, el desarrollo de su auto-concepto y autoestima, la adquisición de una mayor independencia y responsabilidad, el establecimiento de relaciones íntimas, etc. Estas situaciones conllevan cierto grado de inseguridad, impotencia, estrés y sensación de pérdida del control (Patton et al., 2016). Ante este escenario tan complejo y, a la vez, vulnerable existen numerosos factores que pueden conferir riesgo al adolescente para llevar a cabo comportamientos suicidas. La literatura ha identificado múltiples factores que aumentan el riesgo de suicidio en la población adolescente. Los principales factores de riesgo pueden clasificarse en trastornos psiquiátricos, características psicológicas y de personalidad, y factores ambientales.

Trastornos psiquiátricos

La literatura empírica señala de forma consistente los trastornos psiquiátricos como principal factor de riesgo de suicidio en población adolescente. Sobre el 90% de los adolescentes que mueren por suicidio sufrían un trastorno psiquiátrico (Bilsen, 2018; Bridge et al., 2006; Sulik y Garfinkel, 1992). Los diagnósticos más asociados son los trastornos afectivos y los relacionados con el consumo de sustancias (Bilsen, 2018; Bridge et al., 2006; Portzky et al., 2005). Concretamente, la depresión es el diagnóstico que confiere mayor riesgo (Portzky et al., 2005; Sulik y Garfinkel, 1992), estando presente en el 50-65% de los adolescentes que se suicidan y cuya prevalencia es

superior en población femenina (Bilsen, 2018). Sin ir más lejos, uno de los criterios diagnósticos de la depresión es la presencia de ideaciones suicidas, que han sido consideradas el principal criterio para explicar la mortalidad de aquellos que presentan un trastorno depresivo grave (Sulik y Garfinkel, 1992).

Entre los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, destaca el abuso del alcohol, especialmente, en la adolescencia tardía y entre la población masculina (Bilsen, 2018). Otros diagnósticos que han demostrado contribuir al riesgo de suicidio en población adolescente han sido los trastornos de la conducta alimentaria, y, en particular, la anorexia nerviosa; los trastornos de ansiedad; y los trastornos de la conducta, que se consideran de riesgo por la impulsividad y la imprudencia asociadas al diagnóstico (Bridge et al., 2006; Sulik y Garfinkel, 1992). La presencia comórbida de estos diagnósticos incrementa aún más el riesgo de esta población, especialmente, cuando concurren trastornos afectivos con trastornos relacionados con el uso de sustancias (Bilsen, 2018). Sin ir más lejos, como se ha mencionado en el primer capítulo de esta tesis, pueden entenderse en términos de problemáticas internalizadas y externalizadas, conceptualizadas como los principales mecanismos que contribuyen al riesgo de suicidio en población adolescente, especialmente, cuando concurren problemáticas de ambas dimensiones (Duprey et al., 2019).

Características psicológicas y de personalidad

Una de las principales características psicológicas que confiere riesgo de suicidio es la desesperanza. Los sentimientos profundos de desesperanza han demostrado estar estrechamente vinculados a las ideaciones activas, las tentativas y el suicidio consumado en adolescentes depresivos, siendo una característica distintiva entre aquellos que presentan comportamientos suicidas y los que no dentro de esta

categoría diagnóstica (Sulik y Garfinkel, 1992). La baja autoestima y la anhedonia, por su parte, también suelen estar presentes en los adolescentes depresivos aumentando el riesgo de esta población (Sulik y Garfinkel, 1992). Otro factor de riesgo importante en la adolescencia es la impulsividad. Aunque el suicidio forma parte de un proceso que puede durar semanas, meses o incluso años, la transición entre las ideaciones, las tentativas y el acto consumado puede producirse de forma inesperada a través de un acto impulsivo, especialmente en los adolescentes (Bilsen, 2018). Las dificultades para gestionar las emociones intensas y confusas, así como las fluctuaciones en el estado de ánimo asociadas a los cambios propios de la edad, también han demostrado contribuir al riesgo de recurrir a comportamientos suicidas en la adolescencia. Concretamente, los adolescentes con dificultades para regular sus emociones tienden a presentar más pensamientos y comportamiento suicidas (Law et al., 2015). Asimismo, los adolescentes que cometen un suicidio tienden a presentar menos estrategias de afrontamiento y una mayor rigidez cognitiva caracterizada por una categorización dicotómica de las experiencias en términos de totalmente buenas o malas. Estas dificultades, a su vez, afectan al auto-concepto de los adolescentes, generando inseguridad, baja percepción de auto-eficacia y de autoestima, así como altos niveles de ira y comportamientos agresivos que los colocan en una situación de riesgo, especialmente en personalidades perfeccionistas (Bilsen, 2018). Finalmente, aparte de las personalidades perfeccionistas, el riesgo de suicidio también es mayor en los perfiles de personalidad correspondientes al clúster B: antisociales, límites, histriónicos y narcisistas (Bilsen, 2018).

Factores ambientales

Existe una amplia variedad de factores ambientales que predisponen al aumento del riesgo de suicidio en población adolescente. Entre éstos podemos encontrar:

Factores familiares. El contexto familiar constituye una de las principales fuentes de apoyo en los adolescentes. La discordia familiar y la mala calidad de las relaciones paterno-filiales se han considerado importantes factores de riesgo en este colectivo (Bilsen, 2018; Bridge et al., 2006; Portzky et al., 2005). La psicopatología de los padres, especialmente la depresión y el consumo de sustancias, y los antecedentes de comportamientos suicidas en la familia de origen también han demostrado contribuir al riesgo de suicidio de los adolescentes. Asimismo, existen evidencias sólidas que señalan la existencia de un componente genético que predispone al desarrollo de comportamientos suicidas, subrayando la importancia de explorar los antecedentes familiares a la hora de valorar la predisposición inicial de un individuo a la hora de desarrollar este tipo de comportamientos (Brent y Mann, 2005).

Factores sociales. En el reto de afrontar nuevos desafíos y construir su propia identidad, el grupo de iguales donde establecer relaciones íntimas y de confianza adquiere especial relevancia en la adolescencia. Por este motivo, no resulta sorprendente que disponer de un círculo de amistades reducido constituya un factor de riesgo especialmente en este colectivo (Portzky et al., 2005). Otro fenómeno que puede producirse especialmente en esta etapa es el denominado *efecto imitación*. Los adolescentes son más propensos a estar influenciados por el comportamiento de los demás y, por tanto, tienen mayor probabilidad de llevar a cabo comportamientos suicidas por imitación, es decir, como resultado de un aprendizaje adquirido a través de la observación de determinados patrones de comportamiento (Bilsen, 2018). Concretamente, este efecto tiene un mayor riesgo de producirse cuando el adolescente

presenta características similares al modelo a imitar (e.g., en edad, género, estado de ánimo o situacionales).

Sucesos vitales adversos. Los factores de riesgo asociados directamente a los sucesos vitales adversos pueden ser de naturaleza muy diversa. Sin embargo, existen algunos tipos de eventos que confieren un riesgo más específico en la población adolescente. En la línea de lo anterior, partiendo de que los adolescentes atribuyen especial importancia al contexto social, las pérdidas interpersonales relacionadas con rupturas en las relaciones, la muerte de un amigo cercano y el rechazo de los iguales tienen un importante impacto en este colectivo, que han sido detectados en una quinta parte de los casos de suicidio adolescente (Amitai y Apter, 2012). Otros sucesos adversos especialmente relevantes en esta etapa son la pérdida de un padre por muerte o divorcio, la historia de maltrato infantil y el *bullying* (Bridge et al., 2006; Cheng et al., 2000).

Riesgo de suicidio en adolescentes tutelados

Tal y como se ha observado en el transcurso de los capítulos anteriores, los adolescentes tutelados representan un colectivo vulnerable por las múltiples afectaciones que conllevan las experiencias maltrato recibidas en el núcleo familiar que no siempre pueden ser reconducidas desde un entorno alternativo derivado de la intervención del sistema de protección, sobre todo en aquellos casos en los que se debe recurrir a la institucionalización.

Sin ir más lejos, las evidencias científicas internacionales basadas en muestras tuteladas representativas indican que cerca de la mitad de los adolescentes de este colectivo presenta algún trastorno mental (Ford et al., 2007; Jee et al., 2011; Lehmann et al., 2013; Leslie et al., 2010; McMillen et al., 2005; Tarren-Sweeney, 2018), siendo

los que se encuentran en acogimiento residencial aquellos que ostentan prevalencias superiores que alcanzan el 70% (Ford et al., 2007; McMillen et al., 2005). Ello indica que los adolescentes tutelados tienen cinco veces más probabilidad de presentar al menos un trastorno psiquiátrico que los de población general, mientras que en el subgrupo institucionalizado la prevalencia es de casi siete veces superior. En esta misma línea, la probabilidad de hospitalización por un trastorno mental severo es entre cinco y ocho veces superior en el colectivo tutelado (Vinnerljung, Hjern y Lindblad, 2006).

Todo ello los coloca en una situación de riesgo para el desarrollo de comportamientos suicidas. En general, la prevalencia de ideaciones y tentativas suicidas en los adolescentes tutelados por la administración duplica y triplica respectivamente las tasas registradas en población general (Evans et al., 2017). Sin embargo, la probabilidad de ser hospitalizado por haber efectuado una tentativa severa y de efectuar un suicidio consumado es incluso mayor, ubicándose entre cuatro y cinco veces superior en los tutelados (Katz et al., 2011; Vinnerljung, Hjern y Lindblad, 2006). Volviendo a las ideaciones suicidas, las cifras detectadas en los que se encuentran en acogimiento residencial respecto a las ideaciones suicidas se sitúan entre el 40%, duplicando las obtenidas en aquellos que se encuentran en acogimiento familiar, lo que vuelve a subrayar la especial vulnerabilidad de los que se encuentran institucionalizados (Duppong-Hurley et al., 2014; Evans et al., 2005).

4.4. Terapias validadas para la prevención del suicidio en adolescentes

A pesar de que la adolescencia constituye una etapa sensible al desarrollo de ideaciones y/o comportamientos suicidas, el conocimiento sobre intervenciones efectivas para implementar en esta población sigue siendo muy limitado (Dirks, 2017; O'Brien et al., 2014). Existen intervenciones psicosociales prometedoras dirigidas a abordar el riesgo de suicidio de los adolescentes, aunque pocas han proporcionado evidencias consistentes respecto a su eficacia (Asarnow y Miranda, 2014; Brent et al., 2013). A continuación, se exponen los principales tratamientos psicosociales probados en adolescentes y sus evidencias empíricas. Éstos pueden ser de modalidad individual, familiar o grupal.

Tratamientos individuales

Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (TDC-A)

La TDC-A (Rathus y Miller, 2002) es una versión adaptada de la TDC de Linehan (1993) dirigida a adolescentes con comportamientos suicidas y/o parasuicidas. Incluye una terapia individual quincenal y grupos de habilidades multifamiliares. El foco de la TDC-A consiste en aumentar la tolerancia al estrés, las habilidades de regulación emocional y la eficacia interpersonal de los adolescentes. Rathus y Miller (2002) evaluaron la eficacia de la TDC-A comparándola con la de un tratamiento estándar, aunque la asignación de los participantes a los distintos tratamientos no fue aleatorizada, sino que el grupo TDC-A presentaba una sintomatología basal más severa que había requerido la hospitalización. Los resultados obtenidos revelaron que los adolescentes sometidos a la TDC-A tenían más probabilidad de completar el tratamiento y de no volver a ser hospitalizados por una nueva tentativa en comparación con los que recibieron el tratamiento estándar. Además, la TDC-A tuvo un impacto significativo en

la reducción de las ideaciones suicidas, la ansiedad, la depresión, la impulsividad y la disregulación emocional, aunque su impacto sobre estas variables no fue comparado con el del tratamiento estándar. Asimismo, debe tenerse en cuenta que los individuos que habían cometido una tentativa suicida en los últimos 4 meses o que presentaban un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad fueron asignados al grupo TDC-A, por lo que los participantes de este grupo podían ser más susceptibles a presentar una mejora clínica al partir de una situación basal más severa. En esta línea, Katz et al. (2004) hallaron que la TDC-A promovió una disminución de los niveles de depresión, ideación y tentativas suicidas en el seguimiento efectuado al año, aunque éstos estaban hospitalizados y, por tanto, recibían un tratamiento intensivo. Además, éstos no presentaron diferencias significativas respecto al otro grupo hospitalizado que recibía un tratamiento estándar.

Terapia basada en Habilidades (TBH)

Donaldson et al. (2005) elaboraron una modalidad de TBH dirigida a reducir los comportamientos suicidas en adolescentes que habían sido hospitalizados tras efectuar una tentativa y compararon su efectividad, mediante un ensayo clínico aleatorizado, con una terapia de apoyo aplicada por los mismos terapeutas que pretendía simular un tratamiento estándar. Esta modalidad de tratamiento se describe como una terapia individual, aunque incluye sesiones conjuntas con los adolescentes y sus progenitores, y también ha sido catalogada como una terapia cognitivo-conductual (Glenn et al., 2015; Spirito y Esposito-Smythers, 2008). La TBH está orientada a entrenar a los adolescentes en habilidades de resolución de problemas, así como a proporcionar estrategias cognitivas y conductuales para gestionar las emociones a través de técnicas como la reestructuración cognitiva y la relajación. La terapia de apoyo, por su parte, consistió en

una terapia de estilo rogeriano centrada en el adolescente que se basaba, principalmente, en el apoyo y la empatía. Las intervenciones constaron de un promedio de 10 sesiones. Tras ser completadas, se objetivó una reducción significativa en las ideaciones suicidas de los adolescentes de ambos grupos que se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento a los tres, seis y doce meses. A pesar de las limitaciones metodológicas de este estudio, Donaldson et al. (2005) sugirieron que las ideaciones y, en general, todos los comportamientos suicidas podían reducirse tanto con la aplicación de la TBH como con una terapia de apoyo centrada en el adolescente.

Terapia Cognitivo-Conductual para la Prevención del Suicidio (TCC-PS)

La TCC-PS (Stanley et al., 2009) es una intervención individual, aunque también incluye un importante componente familiar, que ha sido probada en adolescentes con diagnóstico de depresión que habían cometido una tentativa en los últimos tres meses. La TCC-PS se divide en tres fases: una fase aguda de doce semanas, una segunda fase de mantenimiento y una tercera fase de continuación para un total de seis meses de tratamiento. Ésta se centra en mitigar los factores de riesgo de suicidio, entrenar en ciertas habilidades, ofrecer psicoeducación y efectuar una intervención familiar, todo ello enfocado a la prevención de recaídas. Los terapeutas se basan en técnicas estándar de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), como la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y la activación conductual. La TCC-PS demostró reducir significativamente los comportamientos suicidas en general y la realización de nuevas tentativas en particular, aunque la falta de un grupo control impidió atribuir los resultados a la intervención (Brent et al., 2009).

Cabe tener en cuenta que, antes de esta adaptación, la TCC también fue probada para abordar los comportamientos suicidas en población adolescente. En esta línea,

Tarrier et al. (2008), tras revisar aquellos ensayos dirigidos a evaluar la efectividad de las TCC en población adulta y adolescente a través de un meta-análisis, detectaron un tamaño del efecto significativo para la población adulta pero no para los adolescentes, por lo que esta modalidad terapéutica pareció no ser la más efectiva en población adolescente. Posteriormente, algunos autores también aplicaron una TCC breve (seis sesiones) de modalidad grupal en adolescentes con sintomatología depresiva observando que ésta tenía un impacto significativo en la reducción de sintomatología depresiva y de ideaciones suicidas, así como en el aumento de calidad de vida de los participantes (Straub et al., 2014). Sin embargo, la ausencia de un grupo control también impidió atribuir los resultados a la intervención.

Tratamientos familiares

Terapia Multisistémica (TMS)

Consiste una modalidad de tratamiento familiar intensiva domiciliaria centrada en proporcionar a los familiares y cuidadores habilidades parentales, abordando también las dificultades de los adolescentes relacionadas con el entorno familiar, escolar y comunitario (Huey et al., 2004). La TMS tiene una duración de entre tres y seis meses, con una frecuencia diaria si es necesario. En el seguimiento efectuado al año de haber iniciado la intervención, los adolescentes que recibieron la TMS presentaron una menor probabilidad de volver a cometer una tentativa suicida en comparación con los controles, aunque no se objetivaron diferencias entre los grupos respecto a las ideaciones, los niveles de desesperanza y la sintomatología depresiva.

Terapia Familiar Basada en el Apego (TFBA)

Se trata de una modalidad de terapia familiar dirigida a reducir las ideaciones suicidas y la sintomatología depresiva de los adolescentes derivados desde atención primaria o urgencias (Diamond et al., 2010). Su principal objetivo es el de fortalecer los lazos de apego entre los padres y los adolescentes, creando una base de protección y seguridad, mejorando la capacidad de resolución de problemas, y regulando el afecto y la organización. Desde esta perspectiva, el trabajo con las emociones se considera crucial para fomentar un apego seguro e íntimo entre padres e hijos. Los adolescentes y sus progenitores identifican y resuelven las rupturas de apego a través de cinco tareas implementadas durante un período de dieciséis semanas. La TFBA ha demostrado reducir las ideaciones suicidas y la sintomatología depresiva en adolescentes procedentes de minorías raciales en riesgo de exclusión y en adolescentes que representan minorías sexuales (Diamond et al., 2012a; Diamond et al., 2010). Sin embargo, el tratamiento no proporcionó estos efectos en aquellos que presentaban historia de maltrato físico o abuso sexual (Diamond et al., 2012b).

Existen otras tres intervenciones de modalidad familiar desarrolladas para reducir el riesgo de suicidio de los adolescentes. Dos de ellas dirigidas, principalmente, a mejorar las habilidades de comunicación intrafamiliar y las estrategias de resolución de problemas (Harrington et al., 1998; Rotheram-Borus et al., 1994). Sin embargo, ninguna demostró reducir significativamente las ideaciones ni las tentativas suicidas. Además, la primera no tenía una condición de control, mientras que la segunda solo proporcionó diferencias significativas respecto a las ideaciones y las tentativas suicidas de ambos grupos en aquellos que estaban diagnosticados con un trastorno depresivo mayor. Posteriormente, Pineda y Dadds (2013) evaluaron un programa dirigido a proporcionar recursos a los progenitores como complemento al tratamiento estándar en

los adolescentes que presentaban comportamientos suicidas. Este programa consiste en cuatro sesiones de psicoeducación y desarrollo de habilidades en los progenitores. Los resultados demostraron que los adolescentes cuyos padres participaron en el programa presentaron una mayor reducción de las ideaciones y tentativas suicidas, así como un mejor funcionamiento general (Pineda y Dadds, 2013).

Tratamientos grupales

Terapia Grupal del Desarrollo (TGD)

La TGD (Wood et al., 2001) consiste en un tratamiento de modalidad grupal que fue probado en los adolescentes con comportamientos parasuicidas focalizado en el trabajo de las relaciones interpersonales, la resolución de problemas y otras problemáticas relacionadas con el grupo de iguales que contribuyen al riesgo de suicidio. La efectividad del tratamiento se analizó mediante un ensayo aleatorizado en el que compararon la TGD con los de un tratamiento estándar. La TGD incluye seis sesiones estructuradas que abordan “relaciones, problemas escolares y relaciones con los compañeros, problemas familiares, manejo de la ira, depresión y autolesiones, y desesperanza y sentimientos sobre el futuro” (Wood et al., 2001, p. 1247). Algunas de las principales técnicas empleadas fueron el *role-playing*, la elaboración de cartas dirigidas a terceras personas y la psicoeducación. Al finalizar estas sesiones, los adolescentes participan en un grupo de duración continua e ilimitada durante un periodo de tiempo determinado por los mismos (el promedio en el ensayo fue de ocho sesiones). Éstos también tienen la opción de acceder a terapia individual (acudiendo a un promedio de tres sesiones en el ensayo). La TGD proporcionó resultados prometedores para disminuir la probabilidad de volver a cometer más de una tentativa, para aumentar la asistencia escolar y para reducir problemáticas conductuales. Sin embargo, ésta no

tuvo un impacto significativo en la reducción de sintomatología psicopatológica ni de las ideaciones suicidas (Wood et al., 2001). Asimismo, los dos ensayos clínicos posteriores no permitieron replicar los hallazgos significativos iniciales (Green et al., 2011; Hazell et al., 2009).

Terapia Interpersonal para Adolescentes (TIP-A)

Los tratamientos que tienen como objetivo desarrollar y aumentar el uso de habilidades interpersonales han demostrado ser eficaces para abordar los comportamientos suicidas en adolescentes (O'Brien et al., 2014). En esta línea, Mufson et al. (1999) desarrollaron la TIP-A, que consiste en una terapia grupal dirigida a adolescentes con sintomatología depresiva de doce sesiones llevada a cabo desde el contexto escolar en la que los alumnos participan en sesiones didácticas con maestros o compañeros con los que presentan tensiones o conflictos interpersonales. Un estudio constató que la TIP-A tenía un mayor impacto sobre las ideaciones suicidas, la depresión, la desesperanza y la ansiedad en estudiantes con sintomatología depresiva o riesgo de suicidio que el tratamiento estándar, que consistió en una psicoterapia individual basada en el apoyo y la psicoeducación (Tang et al., 2009). Sin embargo, el resto de los estudios exploraron los efectos de la intervención únicamente sobre la sintomatología depresiva de los adolescentes (Mychailyszyn y Elson, 2018).

Entreno en Afrontamiento y Apoyo

De forma similar a la anterior, el Entreno en Afrontamiento y Apoyo (Eggert et al., 1995) constituye una modalidad terapéutica grupal aplicada desde el contexto escolar en aquellos alumnos en los que se aprecian indicadores de riesgo. Concretamente, consiste en un programa de doce sesiones de una hora de duración basado en el entreno de habilidades que se desarrolla en grupos reducidos. Thompson et

al. (2001) exploraron los efectos de la intervención comparándolos con una sesión individual dirigida a aumentar los recursos personales y las relaciones de los adolescentes con los padres y el personal de la escuela, así como con un grupo control sometido al tratamiento habitual. Tanto el Entreno en Afrontamiento y Apoyo como la intervención individual demostraron ser más efectivas que la atención habitual para reducir la ideación suicida, la depresión y la desesperanza, así como para mantener estas reducciones en el tiempo.

Tras revisar los principales tratamientos psicosociales dirigidos a abordar el riesgo de suicidio de los adolescentes, se pueden observar una serie de apreciaciones. En primer lugar, como ya sugirieron algunos autores, los datos empíricos sobre la eficacia de estas intervenciones son escasos y en la actualidad no se puede recomendar una intervención sobre otra (Corcoran et al., 2011; Turecki y Brent, 2016). En segundo lugar, la mayor parte de las intervenciones atribuyen un importante peso al trabajo con la familia (incluidas las modalidades individuales), lo que no es de extrañar teniendo en cuenta que suelen constituir el entorno más próximo del adolescente y que aquellos con un escaso apoyo de los progenitores, altos conflicto familiares y estilos de apego inseguro presentan un mayor riesgo de suicidio (Borowsky et al., 2001; Donath et al., 2014; Shpigel et al., 2012). De hecho, algunos autores sostienen que las intervenciones más efectivas para reducir el riesgo de suicidio en adolescentes son aquellas con incluyen un trabajo familiar (Miller et al., 2007; O'Brien et al., 2014). En tercer lugar, la mayoría de las intervenciones comparten otro elemento común: el entrenamiento en ciertas habilidades o estrategias de afrontamiento (e.g., resolución de problemas, gestión emocional, habilidades sociales o interpersonales). En esta línea, Pisani et al. (2013) sostienen que la capacidad de los adolescentes para identificar, manejar y recuperarse de

las emociones dolorosas utilizando estrategias internas es crucial para interrumpir las trayectorias hacia el suicidio y reclaman la necesidad de promover intervenciones comunitarias en esta dirección. Asimismo, Ford y Gómez (2015) en su revisión de la literatura concluyeron que aunque los modelos de tratamiento dirigidos a personas con comportamientos suicidas y/o autolesivos no han demostrado una eficacia consistente, existen resultados prometedores respecto a ciertas intervenciones orientadas a fomentar las habilidades de regulación emocional.

Finalmente, se puede observar que, excepto las de modalidad grupal, la mayoría de las intervenciones descritas están destinadas a adolescentes hospitalizados tras haber efectuado tentativas recientes. En este sentido, habría que tener en cuenta dos consideraciones. En primer lugar, estos adolescentes podrían ser más susceptibles a una mejoría clínica y de los comportamientos suicidas por el mero hecho de partir de una situación aguda y severa. Sin ir más lejos, Donaldson et al. (2005) apreciaron una mejoría en estos adolescentes independientemente de la intervención aplicada, lo que podría indicar que ambas modalidades de terapia son efectivas para el abordaje de los comportamientos suicidas de los adolescentes o que la mejoría podría no ser solamente atribuible al tratamiento. La TDC-A, por su parte, presentó resultados similares en adolescentes que se encontraban en la misma situación, demostrando ser efectiva para evitar nuevos ingresos hospitalarios pero sin evidenciar diferencias respecto a las ideaciones y la sintomatología asociada al ser comparada con un tratamiento estándar (Rathus y Miller, 2002), lo que podría volver a indicar que cierta mejoría clínica en esta fase podría no ser necesariamente atribuible al tipo de tratamiento. Por último, el hecho de que la mayoría de las intervenciones se centran en evitar la reincidencia de tentativas suicidas pone de relieve la necesidad de focalizar este tipo de intervenciones en

colectivos de riesgo que no se encuentren en fases agudas a fin de desarrollar estrategias más tempranas de prevención dirigidas a mitigar los factores de riesgo.

5. TERAPIA BASADA EN INTELIGENCIA EMOCIONAL

5.1. Bases de la Terapia basada en Inteligencia Emocional

5.1.1. Tipos de emociones y su funcionalidad

5.1.2. El proceso y la dinámica del proceso emocional

5.1.3. El diagnóstico emocional

5.2. Objetivos

5.3. Desarrollo de la intervención

5. Terapia basada en Inteligencia Emocional

5.1. Bases de la Terapia basada en Inteligencia Emocional

La Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE; Lizeretti, 2012) representa un modelo de psicoterapia integradora humanista que parte de una concepción de la emoción y los procesos emocionales como aspecto nuclear de la experiencia humana. Los postulados desde los que se fundamentan los principios de la TIE sostienen que la emoción constituye un sistema adaptativo innato que alerta al ser humano de las situaciones que son importantes para su bienestar y de aquellas que, por el contrario, atentan contra su integridad física o psíquica. En otras palabras, las emociones conforman un proceso complejo que responde a un ciclo de satisfacción de necesidades, es decir, están conectadas con nuestras necesidades más esenciales y representan aquella fuerza que nos guía hacia su proceso de satisfacción.

Este modelo psicoterapéutico se sustenta, esencialmente, en cuatro marcos teóricos de referencia que requieren adoptar una **antropovisión humanista-experiencial** donde, tomando como elemento estructural el Ciclo de la Experiencia de la Gestalt, las psicopatologías representan obstáculos que interrumpen el fluir vital; una **perspectiva sistémica-holística**, que implica abordar a la persona en sus diferentes subsistemas (e.g., corporal, afectivo, cognitivo) y su integración en sistemas más amplios (e.g., familiar, cultural), contemplando así la causalidad circular de los fenómenos humanos; una **perspectiva existencial**, que busca comprender y abordar el significado peculiar que cada persona atribuye a su experiencia y circunstancias; y una **perspectiva constructivista**, que conlleva suscitar la creación o construcción de significados más ajustados, funcionales y adaptativos a la experiencia humana.

Para que las emociones puedan cumplir su función adaptativa, debemos estar conectados con nuestras experiencias emocionales y saber gestionarlas adecuadamente.

El modelo de habilidad de la IE (Mayer y Salovey, 1997) permite, precisamente, el abordaje de las emociones de una forma estructurada y sistemática. Por este motivo, la TIE trata de crear un puente entre este modelo de IE y la práctica clínica a fin de proporcionar una herramienta para el trabajo de las emociones en el contexto terapéutico. Para ello, integra el trabajo de los distintos niveles de habilidad implicados en la IE en el marco conceptual descrito.

5.1.1. Tipos de emociones y su funcionalidad

Las emociones pueden clasificarse en base a su naturaleza o su funcionalidad. En función de su **naturaleza**, las emociones pueden ser básicas o complejas. Se entiende por *emociones básicas* aquellas que son “innatas y universales, onto y filogenéticamente primarias, y que poseen un importante sustrato biológico” (Lizeretti, 2012, p. 48). Las emociones básicas, a diferencia de las complejas, están asociadas a expresiones faciales, patrones neuroendocrinos y localizaciones cerebrales específicas. Todas ellas se consideran adaptativas, independientemente de que sean percibidas como agradables o desagradables, en tanto a que nos impulsan hacia determinadas acciones orientadas a recuperar el equilibrio perdido por el estímulo que las desencadena. Estas emociones también se consideran naturales, puesto que su experiencia genuina no está mediada por la cultura, aunque sí puede estarlo su expresión. Desde este modelo, existen cuatro tipos de emociones básicas⁷ que se exponen brevemente a continuación:

- **Alegría.** La alegría tiene como función principal mantener el equilibrio y el bienestar, promoviendo la recuperación de la homeostasis tras experimentar

⁷ Este modelo también concibe el asco como una emoción básica. Sin embargo, esta emoción no se describe ni se incluye en el marco de la TIE por tratarse de una emoción poco investigada, cuya experiencia subjetiva parece limitarse al rechazo del estímulo desencadenante y no poseer componentes cognitivos susceptibles de ser elaborados en un proceso terapéutico (Lizeretti, 2012).

emociones desagradables, reparándolas o contrarrestando sus efectos negativos. Ésta también posee funciones adaptativas específicas que consisten en la liberación de tensión acumulada y la vinculación afectiva. Sin ir más lejos, las manifestaciones de la alegría adquieren sentido en el contexto social, donde facilitan la interacción interpersonal, fomentan la diversión y las manifestaciones afectivas, y ayudan a suavizar tensiones. Además, favorecen el equilibrio entre mente y cuerpo, lo que nos permite recuperarnos del estrés y la tensión diaria. La alegría también nos impulsa a emprender nuevos proyectos, establecer nuevas relaciones, plantearnos nuevos objetivos, etc.

- **Miedo.** La principal función del miedo en cualquier especie es la de sobrevivir. Esta emoción se produce cuando el *input* percibido es valorado consciente o inconscientemente como una amenaza física, psíquica o social. En general, el miedo promueve las conductas aversivas y de defensa. En el primer caso, la persona centrará sus esfuerzos en la protección a fin de minimizar, paliar o mitigar los efectos negativos que se prevén huyendo del estímulo. En el segundo caso, la persona utilizará una serie de habilidades para evitar las consecuencias negativas de la emoción.

- **Tristeza.** La experiencia emocional de la tristeza está asociada, principalmente, con la pérdida de una persona u objeto. Esta pérdida puede incluir metas actuales o posibles. También puede experimentarse por empatía cuando la pérdida es sufrida por alguien próximo. Su principal función es la conservación de recursos. La atención se focaliza en el ámbito interno, se trata de la emoción más reflexiva, permitiendo la introspección a través del balance personal realizado acerca de la situación, del futuro y de la propia vida en general. Además, socialmente es interpretada como petición o demanda de ayuda, lo que permite la cohesión social

y la unión entre los miembros del grupo fomentando, así, conductas de ayuda y altruistas.

- **Rabia.** La rabia es una emoción dirigida a proteger y defender la propia integridad ante estímulos que implican necesidades de valoración y reconocimiento. Concretamente, esta emoción prepara al organismo ante situaciones que significan ofensa, desprecio o injusticia y prepara el cuerpo para dos posibles respuestas: la defensa ante el ataque o el ataque dirigido al obstáculo que está poniendo en riesgo nuestras necesidades de valoración y reconocimiento.

Las *emociones complejas*, en cambio, se consideran emociones secundarias, bien porque resultan de la evolución cultural y social de las emociones básicas, lo que implica que en origen constituyen emociones básicas, pero se matizan por factores socio-culturales (e.g., vergüenza, culpa), o bien porque resultan de la combinación de más de una emoción básica.

En base a su **funcionalidad**, las emociones pueden ser auténticas, prohibidas o parásitas. La funcionalidad de las emociones está muy relacionada con su dinámica⁸. Las *emociones auténticas* coinciden con las emociones básicas descritas anteriormente. Sin embargo, cuando se da un aprendizaje distorsionado de la vivencia emocional, puede producirse la eliminación automática y sistemática de alguna de las emociones. En otras palabras, la persona no puede o no se permite expresar una emoción porque ha aprendido que no le es funcional. Estas emociones pasan a denominarse *emociones prohibidas*. La eliminación de una emoción puede producirse por dos razones: culturales (al tratarse de una expresión emocional culturalmente inapropiada) o de

⁸ La *dinámica emocional* se describe en el siguiente apartado.

aprendizaje (al haber aprendido, a través de experiencias previas, que su expresión resulta contraproducente).

Cuando esto sucede, la energía emocional tiende a desviarse hacia otra emoción permitida, la *emoción parásita*, que se experimentará de forma desproporcionadamente intensa y cuya expresión no es coherente con la situación desencadenante. Estas emociones, por un lado, orientan a la persona hacia una serie de comportamientos destinados a cubrir un estado de desequilibrio o necesidad que no corresponderá con el que ha suscitado la situación desencadenante. Por otro lado, contaminan la experiencia de otras emociones básicas, conduciendo a la persona hacia un estado de confusión emocional. Por ejemplo, un niño puede aprender que le resulta más ventajoso experimentar miedo en lugar de rabia si sus padres reaccionan desproporcionadamente a sus expresiones de rabia, en cuyo caso el miedo constituiría la emoción parásita y la rabia la emoción prohibida. Este miedo parásito, lejos de satisfacer la necesidad de valoración y reconocimiento, generará un probable estado de indefensión y evitación que, a su vez, aumentará la intensidad y la duración de la rabia prohibida, cuya energía quedará almacenada y las necesidades de reconocimiento y valoración sin cubrir, generando importantes repercusiones a corto y largo plazo. La rabia, por su parte, también ha sido frecuentemente utilizada en nuestra cultura como una emoción parásita entre los hombres a través de la creencia social que concibe la tristeza como un símbolo de debilidad y que contrasta con el rol al que se ha asociado la figura masculina, lo que conduce a una eliminación sistemática de la tristeza y su energía pasa a ser canalizada a través de la rabia.

5.1.2. *El proceso y la dinámica del proceso emocional*

La vivencia emocional constituye un proceso complejo que requiere, para su estudio, un análisis longitudinal y transversal (Lizeretti, 2012). Desde un punto de vista holístico y experiencial, el **proceso emocional** constituye un ciclo de experiencia que genera energía vital y, como tal, una vez iniciado necesita ser concluido satisfactoriamente a fin de poder iniciar nuevos ciclos. Cada ciclo emocional consta de las siguientes fases (Lizeretti, 2012):

1. **Antecedente o fase de receptividad sensorial.** La presencia de un estímulo desencadenante es necesaria para que se produzca una emoción. Existen algunas características ambientales (e.g., cantidad de estímulos) o personales (e.g., el estado de nuestras capacidades sensoriales y cognitivas) que pueden incidir en los estímulos que recibimos y, por tanto, el proceso emocional subsiguiente.
2. **Percepción del estímulo o fase de filtración de sensaciones.** Los estímulos recibidos pueden ser percibidos de una manera u otra en función del tono emocional que confiere el estado de ánimo, el nivel hedónico (grado de ajuste psicológico y bienestar subjetivo), el grado de labilidad emocional (inestabilidad emocional) o la reactividad emocional (intensidad de la respuesta emocional), entre otros.
3. **Evaluación o fase de identificación afectiva.** Para que el estímulo percibido desencadene una emoción es necesaria su evaluación. Ésta se efectúa a través de dos sub-procesos: la *interpretación*, que consiste en decodificar el estímulo en función del instinto y la experiencia, y la *valoración* de la repercusión del estímulo, que implica tanto una valoración afectiva como una valoración competencial, sobre las capacidades personales para afrontarla.
4. **Experiencia emocional o fase movilización de recursos.** Implica la evaluación y valoración consciente o semi-consciente de todos los cambios internos, situacionales

o contextuales que dan lugar a la experiencia subjetiva de la emoción. La experiencia emocional puede clasificarse en torno a tres dimensiones: el grado de placer-desagrado que genera, la intensidad y el grado de control autopercibido. Los esquemas emocionales generados por experiencias previas ayudan a otorgar cualidad particular a la emoción experimentada. Los esquemas emocionales no son accesibles a la conciencia, pero pueden ser comprendidos a través de la experiencia que producen que sí es accesible a la conciencia y, por tanto, susceptible de ser atendida y comprendida.

5. **Respuesta emocional o fase de ejecución de la acción.** La respuesta emocional es multidimensional y se expresa, casi simultáneamente, mediante tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y conductual. En general, la respuesta emocional se manifiesta a través de conductas complejas, pero también puede darse el control de la expresión emocional y la represión emocional que se observa frecuentemente en el contexto terapéutico.
6. **Orexis o fase de encuentro.** Esta fase representa la dimensión motivacional de la emoción, pues describe las tendencias de acción, el deseo y los impulsos fruto de procesos emocionales experimentados. Las experiencias emocionales provocan conductas intencionales a través de los sub-procesos evaluativos-valorativos, es decir, actúan como fuente de motivación, mientras que en otras ocasiones surgen como resultado de una conducta motivada hacia un fin.
7. **Expresión emocional o fase de relajamiento.** En esta fase se produce la salida de la energía generada por la emoción. Concretamente, hace referencia a la comunicación y exteriorización de la emoción a través de conductas, expresiones faciales y procesos de comunicación verbal y no verbal, entre otros. Los mecanismos socioculturales de control emocional, que constituyen las reglas regulativas, pueden

provocar sesgos en la expresión emocional. Estas reglas pueden variar entre las diferentes culturas e individuos. La inhibición, exacerbación y distorsión son algunas de ellas y están muy relacionadas con la presencia de trastornos orgánicos y psicopatológicos.

8. **Afrontamiento o fase de vacío fértil.** Cuando el ciclo se ha completado satisfactoriamente, se integra la experiencia emocional a modo de aprendizaje. El afrontamiento hace referencia a las estrategias de las que disponemos para hacer frente a las demandas internas y externas que suponen las situaciones nuevas, inesperadas o indeseadas. El aprendizaje y la cultura intervienen en los procesos de afrontamiento aplicados y, con el tiempo, las formas más básicas de afrontamiento se transforman en formas elaboradas más cercanas a la resolución de problemas que a patrones automáticos de conducta. Sin embargo, la información emocional constituye siempre una guía inestimable que orienta nuestros pensamientos y conductas hacia la resolución afectivamente satisfactoria de las situaciones vitales.

La emoción, en cuanto a proceso, también implica una **dinámica emocional**. Siguiendo con el modelo de Lizeretti (2012), el esquema básico de cualquier experiencia emocional se puede sintetizar a través de los siguientes pasos (ver Figura 6):

1. La **percepción de un estímulo interno o externo** (*input*) pone a la persona en situación de desequilibrio, generando la necesidad de recuperar dicho equilibrio.
2. Cualquier estímulo percibido es susceptible de producir una *sensación* básica de agrado o desagrado en la persona.
3. El estímulo es **procesado e integrado a través de los subsistemas fisiológico, afectivo y cognitivo**. Fruto de este procesamiento, surge la experiencia emocional específica de cada emoción. Como se ha comentado en el apartado anterior, las

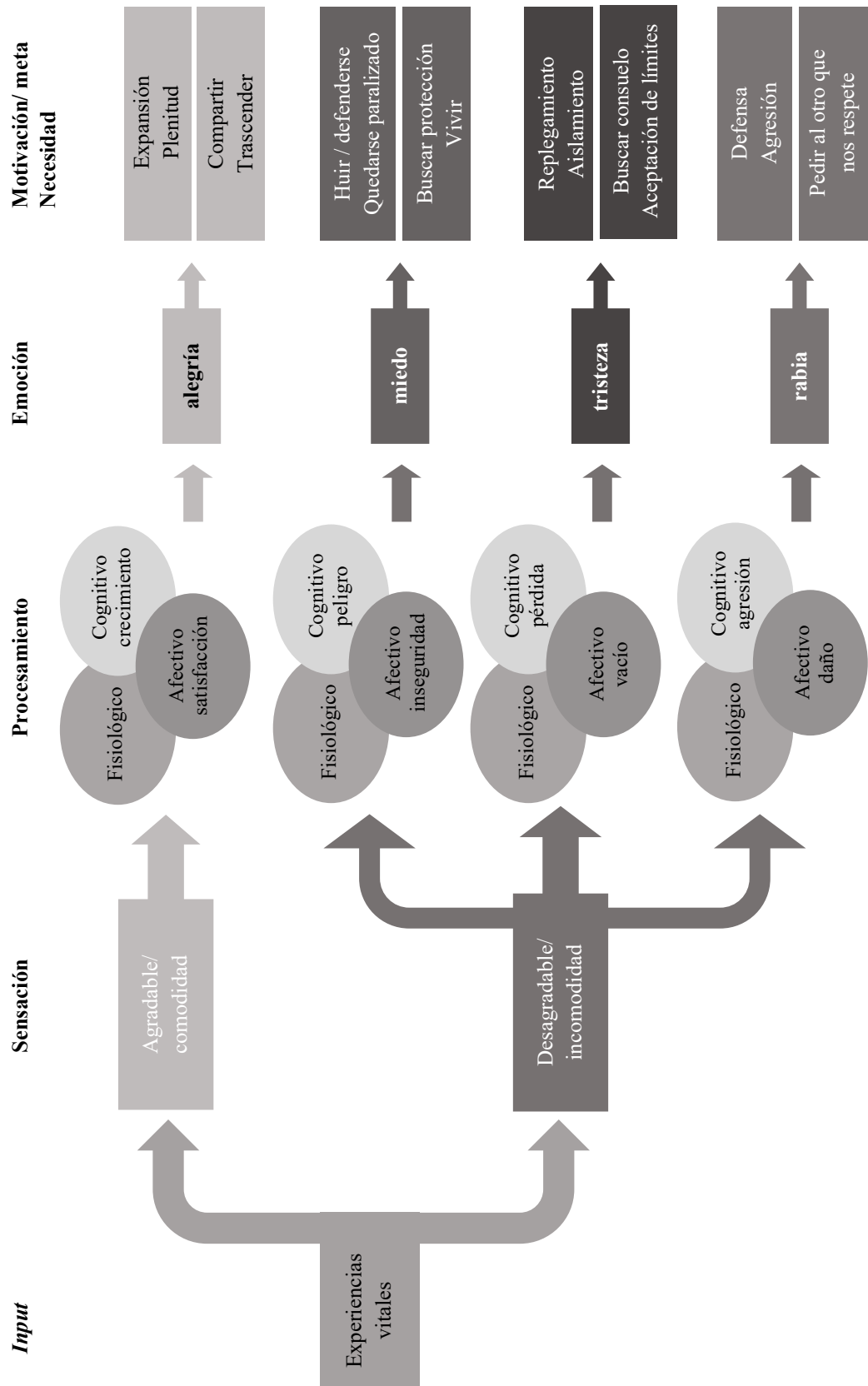
emociones básicas están biológicamente determinadas por patrones de reacciones físicas, cognitivas y afectivas, por lo que su vivencia permite identificar de forma natural qué emoción se está experimentando.

4. Cada una de las emociones básicas tiene como meta la **satisfacción de un tipo de necesidad específica y motiva las conductas necesarias para su satisfacción**. La respuesta emocional, por tanto, es multidimensional e incluye manifestaciones somáticas, cognitivas, conductuales y afectivas que son específicas para cada emoción.

Para que el proceso emocional pueda ser concluido satisfactoriamente es necesario que la experiencia sea coherente con la emoción que la desencadena y que la persona logre satisfacer la necesidad, si esto no sucede la experiencia deja una sensación de insatisfacción, sufrimiento o malestar⁹. En el proceso psicoterapéutico de la TIE se buscan las causas que interfieren en la dinámica emocional a fin de poder identificar la emoción auténtica, poder comprenderla y gestionarla de forma que la persona pueda al fin satisfacer la necesidad que la desencadenó. Los procesos emocionales constituyen, en esencia, ciclos de satisfacción de necesidades y, como puede observarse, los procesos emocionales no pueden desvincularse de los conceptos de necesidad y motivación ya que se trata de elementos constitutivos del mismo proceso. Existen situaciones complejas en las que algunas emociones pueden producir una mezcla de sensaciones placenteras y de displacer, en cuyo caso será necesario identificar la emoción básica primaria, es decir, aquella que genera la mayor parte de la energía porque será la que condicionará todo el proceso emocional.

⁹ En este supuesto se experimentan las *emociones prohibidas y parásitas* descritas en el apartado anterior.

Figura 6.
Dinámica del Proceso Emocional



Fuente: Lizeretti (2012).

5.1.3. *El diagnóstico emocional*

El modelo de IE se utiliza a modo de guía durante el diagnóstico emocional. Éste permite indicar qué habilidades son necesarias en cada fase del proceso emocional para poder completar con éxito el ciclo de la experiencia. Para superar las distintas fases del proceso que implica la experiencia emocional es necesario disponer de las habilidades correspondientes a cada uno de los cuatro niveles de habilidad de la IE. Concretamente, para superar la fase de *receptividad sensorial* es preciso disponer de las habilidades que permitan una correcta **identificación emocional**. *Filtrar las sensaciones* requiere que seamos conscientes de las implicaciones de la emoción, de cómo interfiere en nuestra forma de pensar y cómo podemos **usar la información emocional para guiar nuestros pensamientos**. La adecuada *evaluación o identificación afectiva* y la *movilización de los recursos más adaptativos* para cada situación requieren poder **comprender y dar significado a la emoción**. Las fases de *ejecución de la acción* y *encuentro* requieren de habilidades para una adecuada regulación emocional que permitan la salida a la energía emocional generada, a fin de poder alcanzar nuevamente el estado de equilibrio original que constituye la fase de *relajamiento*. Finalmente, también es preciso disponer del espacio y la capacidad para poder integrar la experiencia vivida que se da en el vacío fértil.

El paso de un ciclo a otro viene dado por un nuevo estado de desequilibrio, cuando un ciclo se desarrolla adecuadamente la energía generada durante la experiencia emocional fluye de una fase a otra hasta alcanzar una salida viable que permite la recuperación del equilibrio orgánico. Si, por el contrario, la persona no dispone de estas habilidades, el ciclo no puede ser concluido, la energía generada queda atrapada en él y la necesidad subyacente sin cubrir. Ello produce un malestar que puede dar lugar al desarrollo de sintomatología psicopatológica. En este caso, la persona permanece en

este estado hasta que logra satisfacer la necesidad dando salida a la energía generada por la emoción y recuperando el equilibrio.

En síntesis, desde la TIE la formulación del problema se realiza atendiendo tanto al proceso como al contenido de la emoción. Por un lado, el análisis de las fases del proceso emocional revela en qué habilidades concretas presenta dificultades la persona, estableciendo el punto de partida desde el que se clarifican los objetivos de la intervención. Por otro lado, se accede al contenido de la emoción mediante dinámicas que permitan la expresión metafórica del síntoma e ilustren el significado que la persona atribuye a su vivencia emocional. De este modo, se identifica la emoción conflictiva y las necesidades insatisfechas, reconociendo las habilidades necesarias para llegar a regular la experiencia emocional y satisfacer las necesidades subyacentes.

5.2. Objetivos

Como psicoterapia integradora humanista, la TIE busca dar prioridad al potencial psicológico de la persona, desarrollando habilidades que le permitan afrontar con éxito los problemas presentes y futuros. Para ello, se pretende promover un proceso de aprendizaje a través del cual la persona logre adquirir un auto-conocimiento emocional y una adecuada gestión de las emociones, empleando el marco de la IE como guía para el diagnóstico de las distorsiones causantes de los problemas emocionales y como herramienta para resolverlos. El principal objetivo de la TIE es, por tanto, el **desarrollo de las habilidades emocionales que configuran la IE** a fin de dotar a las personas de estrategias útiles para un adecuado uso emocional y, así, satisfacer las propias necesidades. A fin de atender a este objetivo principal, la TIE se divide en cuatro fases que corresponden a cada uno de los niveles de habilidad de la IE (Mayer y

Salovey, 1997). Los objetivos pretendidos en cada una de las fases se detallan a continuación (Lizeretti, 2012):

1. Identificar la emoción auténtica implicada en los conflictos emocionales a partir de las necesidades asociadas y de sus correlatos fisiológicos, corporales, cognitivos y conductuales, así como reconocer la experiencia emocional de los demás a través de sus manifestaciones y expresiones verbales, corporales y conductuales.

A fin de atender a este primer objetivo, en la primera fase de la intervención se buscará identificar aquellas emociones que rigen las experiencias problemáticas de la persona con un adecuado diagnóstico emocional. Concretamente, a través de las diferentes estrategias, se pretende identificar la emoción o emociones parásitas en torno a las que se construye el problema presentado y los aspectos dolorosos de la experiencia de la persona. Todo ello permitirá identificar la emoción auténtica, que corresponderá también a la emoción prohibida y será el foco del tratamiento, así como las necesidades básicas que permanecen latentes. También se explorarán los problemas intrapersonales e interpersonales relacionados que contribuyen al malestar expresado.

2. Observar la emoción sentida y tomar conciencia de su relación con las necesidades primarias y las motivaciones más íntimas, a través de las cuales guía nuestros pensamientos y conducta.

Para atender a este objetivo, en la segunda fase de la intervención se pretende realizar actividades que permitan tomar consciencia de las implicaciones que tienen las emociones anteriormente identificadas en el funcionamiento de la persona. Para ello, una vez ha entrado en contacto con sus emociones auténticas, esta fase consiste en observar sus implicaciones afectivas, corporales, cognitivas y conductuales a fin de

conocer cómo ésta influye sobre estas dimensiones. También es importante, en este punto, tomar conciencia de que la expresión facial y corporal de las emociones básicas tiene un influyente poder sobre nuestro propio estado anímico y sobre el de los demás.

3. Comprender la naturaleza y adecuación de la experiencia emocional propia o ajena a fin de dar sentido y coherencia a la experiencia.

Para dar sentido a la experiencia emocional es preciso entender el contexto en el que se desarrollan estas emociones (por qué, cómo, cuándo). Solo así la persona podrá llegar a significarlas e integrarlas. Este objetivo requiere analizar cognitivamente las experiencias personales más significativas, explorarlas y atribuirles un sentido que resulte más adaptativo y minimice la fuente de malestar. Solo de este modo la persona podrá orientarse, posteriormente, hacia un afrontamiento activo de la emoción y la situación desencadenante.

4. Regular tanto la experiencia como la expresión emocional de forma que atendiendo a su función pueda ser reconocida y aceptada por uno mismo y por los demás.

En el último y más complejo nivel de procesamiento emocional, se pretende que la expresión conductual de la emoción o emociones trabajadas permita atender a la necesidad que la desencadeno, integrar la experiencia como parte del sí mismo y con ello poder cerrar satisfactoriamente el proceso emocional que dio origen al “síntoma”. Para ello, durante esta fase se busca que la persona pueda expresar la emoción auténtica sea modulada y adquirir estrategias para modularla. Se parte de la idea de que una adecuada expresión de la emoción auténtica es generadora de sentimientos de empatía en los demás. De modo que el desarrollo de esta habilidad no sólo permite la regulación

de las propias emociones, sino que es capaz de regular la respuesta emocional de aquellos que nos rodean.

5.3. Desarrollo de la intervención

La TIE (Lizeretti, 2012) está organizada en las cuatro fases anteriormente descritas para trabajar las distintas habilidades de IE (identificación, facilitación, comprensión y regulación). Aunque las técnicas aplicadas en cada una de las sesiones posibilitan el trabajo integrado de todas las habilidades, en cada técnica se enfatiza el nivel de habilidad que le corresponde por su ubicación dentro del tratamiento. El trabajo de estas habilidades se realiza en torno a las cuatro emociones básicas (miedo, tristeza, rabia y alegría), al ser consideradas aquellas que constituyen la base de la experiencia emocional y a partir de las cuales surgen todas las demás.

En su versión original, la TIE se estructura en 24 sesiones de trabajo terapéutico que pueden aplicarse en una modalidad de terapia individual o grupal, aunque en su descripción se pone especial énfasis en la modalidad de aplicación grupal, en las que se trabajan las diferentes habilidades emocionales tanto a nivel intrapersonal como a nivel interpersonal. Entre cada una de las fases se realiza una sesión de recapitulación, cuyo objetivo es el de ofrecer un espacio para sintetizar los aspectos trabajados, completar actividades que no hayan quedado satisfactoriamente concluidas y, en definitiva, promover la asimilación de los niveles de habilidad desarrollados hasta el momento.

Para atender a los objetivos planteados, se aplican diferentes estrategias de intervención como técnicas narrativas que permiten expresar y ordenar la experiencia emocional; técnicas de arteterapia para dar sentido al mundo subjetivo de forma simbólica, facilitando el desarrollo creativo de la persona; técnicas de dramatización para promover la representación metafórica de conceptos y personas en conflicto,

enfaticando la dimensión relacional; y técnicas de fantasía como vía de acceso a la información no verbal implícita de la experiencia emocional. Las principales técnicas que constituyen la intervención se describen brevemente a continuación:

1. El Rosal

Se trata de la técnica gestáltica *Identificación con el Rosal* (Stevens, 1976), que consiste en una fantasía guiada donde la persona se identifica con un rosal y representa gráficamente el contenido de su fantasía a través de un dibujo. Ello permite hacer aflorar el material no consciente, evocando sentimientos y experiencias alienadas. En la TIE, esta técnica se utiliza a modo de “diagnóstico fenomenológico”, como aproximación a la experiencia vital de la persona y a las emociones auténticas y parásitas desde la que se ha construido. Asimismo, ésta se ubica en dos momentos del proceso: en la primera sesión, puesto que permite conocer a la persona o miembros del grupo y la dinámica que va a guiar la intervención; y en la última, para poder apreciar de forma gráfica la evolución experimentada en el transcurso de la intervención.

2. Construcción del significado del síntoma

Consiste en una técnica especialmente diseñada para la TIE, cuyo objetivo principal es el de identificar el significado emocional de los síntomas o aspectos personales que generan malestar en uno mismo. A través de esta técnica, la persona trata de identificar sensaciones, situaciones o ejemplos en los que se manifiestan estos aspectos y recurrir al uso de metáforas (e.g., escenas de películas, cuentos) para describirlos. Con ello se hace más accesible la comprensión de la experiencia narrada tanto para la propia persona como para los demás, lo que permite identificar la emoción que rige las experiencias inductoras del malestar y promueve la cohesión grupal.

3. *Auto-caracterización*

Se trata de la técnica de narrativa constructivista de Kelly (1955) cuyo objetivo principal es el de acceder al auto-concepto de la persona a través de un relato en el que ésta se describe a sí misma en tercera persona. En la TIE, esta técnica sigue el mismo procedimiento que el formato original, accediendo a los aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y relacionales implicados en la autopercepción. Sin embargo, en esta modalidad terapéutica se presta especial atención a la emoción en torno a la que se construye el auto-concepto.

4. *Pregunta del milagro*

La pregunta del milagro (De Shazer, 1988) consiste en generar una situación hipotética en la que uno pudiera hacer desaparecer sus problemas. A través de esta técnica se pretende promover la identificación de los posibles beneficios del síntoma o experiencia emocional conflictiva, así como las dinámicas disfuncionales y su incidencia en el mantenimiento de los síntomas.

5. *Esculturas familiares*

Las esculturas familiares (Onnis, 1997) son una técnica de dramatización cuyo objetivo principal es el de identificar y proporcionar *insight* sobre las dinámicas familiares. A través de esta técnica se pueden observar los diferentes roles adoptados por cada miembro, comprender cómo éstos condicionan las vivencias emocionales y regular las dinámicas disfuncionales detectadas. Se tienen en cuenta aspectos como la disposición espacial, la distancia entre los miembros de la familia, la dirección de las miradas, etc. En la TIE, se presta especial atención a los mensajes afectivos recibidos y las emociones experimentadas desde la posición que se ocupa en la escultura.

6. Rincones emocionales

Consiste en una estrategia de intervención diseñada específicamente para abordar los objetivos de la TIE. Con ella se pretende trabajar los cuatro niveles de habilidad de la IE, priorizando las habilidades de comprensión por su ubicación dentro del tratamiento. Consiste en la evocación vívida de una experiencia con alta carga emocional, a fin de establecer la conexión entre la situación, la emoción auténtica, los pensamientos y las reacciones emocionales para llegar, finalmente, al significado implícito de la situación que da sentido a la emoción auténtica. Para ello, la persona reexperimenta dicha situación desde el rincón de la sala que corresponda a la emoción experimentada e identificar sus correlatos corporales, fisiológicos, cognitivos, etc. Esta técnica se aplica en dos ocasiones a lo largo del proceso. En la primera, la actividad se realiza en base a emociones que resultan desagradables, mientras que en la segunda se aplica con emociones placenteras de alegría o bienestar a fin de aprender a recorrer a estas emociones para reparar los estados emocionales desagradables cuando dejan de ser funcionales.

7. Tabla de emociones

Consiste en una tarea inter-sesión diseñada para la TIE que tiene por objetivo consolidar las habilidades de identificación emocional y practicar las habilidades de facilitación y comprensión. En la línea de la anterior, esta actividad consiste en completar una tabla donde identificar personas, animales u otros elementos inductores de cada una de las emociones básicas, así como sus correlatos (e.g., sensaciones y pensamientos asociados).

8. El espejo emocional

Esta técnica fue diseñada para la TIE con el objetivo de fomentar la cohesión grupal, fortalecer los vínculos emocionales entre los miembros del grupo y promover el conocimiento del yo relacional. Concretamente, permite identificar las emociones que despertamos en los demás y aquellas que los demás despiertan en nosotros en función de las cuales actuamos. Para ello, cada miembro describe brevemente a sus compañeros y, posteriormente, expone cómo esta percepción le hace sentir respecto cada uno de ellos. Finalmente, se comparten y se comentan las impresiones poniendo especial énfasis en el tipo de emoción que despierta cada miembro en los demás.

9. Ejercicio de trabajo con la culpa

Esta actividad diseñada especialmente para el tratamiento pretende trabajar los sentimientos de culpa. Concretamente, se busca que la persona sea capaz de distinguir los sentimientos de culpa sanos de los que son insanos, identificar el tipo de mensajes que los generan y encontrar estrategias personales que permitan gestionar ambos tipos. Para ello, el ejercicio consiste en identificar y describir situaciones en las que se hayan experimentado este tipo de emociones. En las situaciones de culpa sana se buscan las estrategias útiles que permitan dar salida a estos sentimientos y reparar las conductas que los generaron. En las situaciones de culpa insana, la persona debe proyectar estos sentimientos en una tercera persona (un niño/a), a fin de facilitar la identificación de la emoción auténtica subyacente y de estrategias de afrontamiento.

10. Las dos sillas

Esta técnica de dramatización consiste en una variante de la *silla vacía* (Perls et al., 1951) que tiene por objetivo integrar dos polos en conflicto de la propia persona. Concretamente, se pretende trabajar dos emociones básicas en conflicto: la emoción

prohibida y la emoción parásita. A través de este ejercicio la persona trata de conectar de forma sentida con la emoción auténtica y explorarla con la ayuda de las indicaciones del terapeuta hasta llegar a comprenderla.

11. Cuento del animal

Se trata de una técnica de Análisis Transaccional diseñada por O’Hearne (1977) que consiste en la elaboración de un breve relato protagonizado por un animal a partir de una serie de premisas que se indican al inicio de la actividad. Su objetivo en la TIE es el de comprender cómo se ha gestado la emoción vital básica, así como las implicaciones que tiene esta emoción en la vida de la persona. En otras palabras, mediante el análisis del cuento se pretende comprender de qué modo y en qué grado las personas significativas, el contexto y las circunstancias han ejercido influencia en las decisiones que marcan el propio proceso vital de la persona.

12. Diálogo con el síntoma

Este ejercicio de fantasía adaptado de la técnica gestáltica de Stevens (1976) busca que la persona tome conciencia de su grado de responsabilidad sobre los síntomas, problemáticas o aspectos que le generan malestar. Para ello, a través de la fantasía guiada, se pretende que la persona confronte con estos aspectos, identifique los mecanismos a través de los cuales se expresa y trate de encontrar otros mecanismos o estrategias para expresarlos de forma adaptativa.

13. La estrella

La estrella constituye otra de las técnicas diseñada específicamente para el tratamiento cuyo objetivo principal es identificar estrategias para regular las emociones que se viven de forma negativa. Para ello, se representa una estrella imaginaria en el

suelo y cada miembro plantea un determinado escenario sobre el que deberá encontrar, con la ayuda del grupo, tantas formas de regularlo como puntas tiene la estrella. El ejercicio finaliza cuando se ha identificado una estrategia para cada punta y se ha optado por aquella que proporciona mayor equilibrio emocional. Con ello, se busca ampliar de forma creativa el repertorio de estrategias personales para regular la expresión de los diferentes estados emocionales y para reparar el malestar residual que conllevan dichas emociones.

En síntesis, la TIE constituye una modalidad terapéutica que incluye actividades dinámicas dirigidas a desarrollar las habilidades que permiten una adecuada regulación emocional y que son indicadas para llevar a cabo desde una modalidad de tratamiento grupal. Asimismo, ésta contiene técnicas que permiten acceder a las experiencias vitales adversas e identificar las emociones subyacentes, desbloqueando así las estrategias de desadaptativas que suelen presentar colectivos con experiencias traumáticas (e.g., supresión, evitación). Mediante estas técnicas, la persona puede tomar consciencia de sus implicaciones, reconstruir su significado y fomentar habilidades adaptativas para afrontarlas. Todo ello lleva a pensar que esta modalidad de tratamiento podría estar indicada en colectivos adolescentes que han sufrido experiencias de maltrato, lo que explica el motivo por el cual en la presente tesis doctoral se aplica esta intervención en el colectivo analizado.

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1. Objetivos generales y específicos

1.2. Hipótesis generales y específicas

1. Objetivos e hipótesis

1.1. Objetivos generales y específicos

Con el objetivo final de reducir el riesgo de suicidio de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial, se formularon los siguientes objetivos generales y específicos.

Objetivos generales

1. Efectuar una revisión sistemática de los estudios empíricos que examinaron de algún modo la relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en población adolescente (**Artículo 1**).
2. Examinar las habilidades de inteligencia emocional percibida, el riesgo de suicidio y las necesidades psicológicas básicas de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial (**Artículo 2**).
3. Evaluar el impacto de la Terapia basada en Inteligencia Emocional sobre el riesgo de suicidio de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial (**Artículo 3**).

Objetivos específicos

Respecto al primer objetivo general (Artículo 1):

1. Examinar si los estudios empíricos previos presentan resultados consistentes acerca de la relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en la adolescencia.
2. Analizar si los hallazgos empíricos previos muestran la existencia de una relación diferencial entre las distintas formas de maltrato infantil y las estrategias de regulación emocional de los adolescentes.

3. Conocer si los hallazgos empíricos demuestran la influencia de las habilidades de regulación emocional en la relación entre el maltrato infantil y el desarrollo de problemáticas asociadas en la adolescencia.

Respecto al segundo objetivo general (Artículo 2):

4. Conocer el perfil de inteligencia emocional percibida, el riesgo de suicidio y el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial.
5. Analizar la relación que establece la inteligencia emocional con el riesgo de suicidio y el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial.
6. Examinar si el motivo de la tutela y los años de institucionalización inciden en la relación analizada.

Respecto al tercer objetivo general (Artículo 3):

7. Evaluar el impacto de la Terapia basada en Inteligencia Emocional, en términos de mejoría, sobre la inteligencia emocional percibida, el riesgo de suicidio y las necesidades psicológicas básicas de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial.

1.2. Hipótesis generales y específicas

Los objetivos generales y específicos formulados derivan de una serie de hipótesis que se detallan a continuación:

Hipótesis generales

1. La literatura previa indicará la existencia de una relación entre el maltrato infantil y las dificultades de regulación emocional de los adolescentes.
2. Los adolescentes tutelados en acogimiento residencial presentarán dificultades en las habilidades de inteligencia emocional percibida, así como riesgo de suicidio y necesidades psicológicas básicas insatisfechas.
3. La Terapia basada en Inteligencia Emocional tendrá un impacto significativo, en términos de mejoría, sobre la inteligencia emocional percibida, el riesgo de suicidio y el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial.

Hipótesis específicas

Respecto a la primera hipótesis general

1. Los estudios empíricos previos presentarán resultados consistentes acerca de una relación significativa entre el maltrato infantil y las dificultades de regulación emocional de los adolescentes.
2. Los hallazgos empíricos previos mostrarán la existencia de una relación diferencial entre las distintas formas de maltrato infantil y las estrategias de regulación emocional de los adolescentes.

3. Los hallazgos empíricos previos constatarán la influencia de las dificultades de regulación emocional en el desarrollo de problemáticas asociadas al maltrato en la adolescencia.

Respecto a la segunda hipótesis general

4. Los adolescentes tutelados en acogimiento residencial presentarán bajos niveles de atención, claridad y reparación emocional, así como riesgo de suicidio y necesidades psicológicas básicas insatisfechas.
5. La inteligencia emocional percibida correlacionará con el riesgo de suicidio y las necesidades psicológicas básicas de este colectivo. Concretamente, la atención emocional correlacionará positivamente con el riesgo de suicidio y negativamente con el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, mientras que la claridad y la reparación emocional lo harán negativamente con el riesgo de suicidio y el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas.
6. El motivo de la tutela y los años de institucionalización incidirán significativamente en la relación analizada.

Respecto a la tercera hipótesis general

7. La aplicación de la Terapia basada en Inteligencia Emocional en este colectivo conllevará un aumento significativo de sus habilidades de inteligencia emocional percibida y del grado de satisfacción de sus necesidades psicológicas básicas, así como una reducción significativa de sus niveles de riesgo de suicidio.

2. MÉTODO

2.1. Primer artículo. *Relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en adolescentes: Una revisión sistemática*

2.1.1. Diseño

2.1.2. Bases de datos

2.1.3. Parámetros de búsqueda

2.2. Segundo artículo. *Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales*

2.2.1. Diseño

2.2.2. Participantes

2.2.3. Instrumentos

2.2.4. Procedimiento

2.2.5. Análisis estadístico

2.3. Tercer artículo. *Effectiveness of Emotional Intelligence Therapy on suicide risk among adolescents in residential care*

2.3.1. Diseño

2.3.2. Participantes

2.3.3. Instrumentos

2.3.4. Procedimiento

2.3.5. Análisis estadístico

2.3.6. Aspectos éticos

2. Método

Con el fin de poner a prueba las hipótesis planteadas, se llevaron a cabo diferentes estudios que hacían uso de una metodología dispar, adaptada a los objetivos pretendidos en cada una de estas investigaciones.

2.1. Primer artículo. *Relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en adolescentes: Una revisión sistemática*

2.1.1. *Diseño*

Se realizó una revisión sistemática sobre los estudios empíricos que evaluaron de algún modo la relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en población adolescente.

2.1.2. *Bases de datos*

La búsqueda bibliográfica se efectuó en las bases de datos PsycINFO y MedLine y PsicoDoc entre el 2009 y el 2019.

2.1.3. *Parámetros de búsqueda*

Los términos empleados para efectuar la búsqueda fueron: (“*foster care*” [OR] “*child abuse*” [OR] “*child neglect*” [OR] “*child welfare*” [OR] “*residential care*” [OR] “*emotional abuse*” [OR] “*child maltreatment*”) AND (“*emotion regulation*” [OR] “*emotion dysregulation*” [OR] “*emotional intelligence*” [OR] “*emotional competences*”).

Los criterios de inclusión requerían que se tratara de artículos de revista con *peer review*, en lengua inglesa o castellana, publicados entre enero de 2009 y diciembre de 2019, y con población adolescente.

Se excluyeron los estudios que no cumplieran las siguientes premisas: a) una metodología empírica cuantitativa, b) una media de edad de la muestra comprendida entre los 12 y los 18 años, c) evaluación de las variables de estudio (habilidades de regulación emocional y maltrato infantil), d) análisis cuantitativo sobre la relación entre las variables, y e) evaluación de las habilidades de regulación emocional mediante instrumentos de habilidad o autoinforme.

2.2. Segundo artículo. *Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales*

2.2.1. *Diseño*

Se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional transversal.

2.2.2. *Participantes*

Participaron un total de 65 adolescentes tutelados por la DGAIA que se encontraban bajo una medida de acogimiento residencial seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional por cuotas en diferentes CRAEs de la provincia de Barcelona. Los criterios de inclusión y exclusión requerían: a) que tuvieran entre 12 y 17 años de edad, b) que estuvieran acogidos en un CRAE, c) que no presentaran dificultades importantes en la capacidad de lectoescritura o en la comprensión del castellano, y d) que no presentaran trastornos psicóticos, retraso mental u otras patologías severas. De los 65 participantes iniciales, 4 fueron excluidos del análisis al no haber podido completar la batería de instrumentos por motivos de incompatibilidad

horaria. Así, la muestra final analizada contó con un total de 61 adolescentes tutelados (31 varones y 30 mujeres).

2.2.3. Instrumentos

Se administró una batería de instrumentos psicométricos que valoraban las habilidades de IEP, el riesgo de suicidio y el grado de satisfacción de las NPB. Los instrumentos empleados se describen a continuación:

Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24; Fernández-Berrocal et al., 2004). Consiste en la adaptación española de la escala de autoinforme TMMS-48 de Salovey y Mayer (1995), dirigida a evaluar las diferencias individuales en las destrezas que configuran la IEP: el grado en que uno percibe atender a sus propias emociones (Atención), discriminar entre ellas (Claridad) y tener capacidad para regularlas (Reparación). La adaptación española está compuesta por 24 ítems, 8 ítems por factor, que ofrecen cinco opciones de respuesta en escala Likert, siendo 1 “*nada de acuerdo*” y 5 “*totalmente de acuerdo*”. Esta escala no permite una puntuación total de IEP, sino que ofrece una puntuación independiente para cada uno de los factores que la componen. Su fiabilidad para cada componente es: Atención ($\alpha = .90$), Claridad ($\alpha = .90$) y Reparación ($\alpha = .86$). Asimismo, presenta una fiabilidad test-retest adecuada (Atención = .60; Claridad = .70 y Reparación = .83) y los tres factores correlacionan en la dirección esperada con variables criterio clásicas tales como la depresión, la ansiedad, la rumiación y la satisfacción vital (Fernández-Berrocal et al., 2004).

Inventory of Suicide Orientation (ISO-30; King y Kowalchuk, 1994) adaptado al castellano por Casullo y Liporace (2006). Esta escala evalúa el riesgo de suicidio a través de cinco dimensiones: Desesperanza, Baja Autoestima, Incapacidad para Afrontar Emociones, Soledad e Ideación Suicida. Consta de 30 ítems directos e inversos con cuatro opciones de respuesta en escala Likert donde 0 es “*totalmente en*

desacuerdo” y 3 *“totalmente de acuerdo”*. La puntuación total se clasifica en tres categorías: bajo (menos de 30), moderado (entre 30 y 44) y alto (más de 45). Existen seis ítems críticos, que corresponden con los de la escala de Ideación Suicida, en los que una puntuación igual o superior a 2 en al menos tres de ellos indica un alto riesgo, independientemente de la puntuación total. La fiabilidad es adecuada ($\alpha = .87$) en adolescentes de población general (Casullo y Liporace, 2006).

Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S; Gagné, 2003) en su adaptación española (González-Cutre et al., 2015). La escala mide el grado en que los participantes perciben tener satisfechas las NPB conceptualizadas por Deci y Ryan (2000): Autonomía, Competencia y Relación. La adaptación española está compuesta por 16 ítems que ofrecen siete opciones de respuesta donde 1 es *“nada verdadera”* y 7 *“muy verdadera”*. Esta escala ofrece una puntuación independiente para cada uno de los tres factores que la componen que oscila entre el 0 y el 7 y sus valores de fiabilidad aceptables (superiores a .70) en jóvenes y adultos de población general (González-Cutre et al., 2015).

2.2.4. Procedimiento

Como se ha mencionado al inicio de esta tesis, esta investigación se enmarca en un proyecto de mayor magnitud que parte de un convenio de colaboración entre el COPC, la FPCEE y la DGAIA (ver Apéndice B). En el marco de este proyecto, la DGAIA facilitó el acceso a siete grupos de entre seis y doce adolescentes que venían configurados en función del centro en el que residían. A fin de efectuar la evaluación que cubre el objetivo de este estudio (segunda evaluación) se acudió, por lo general, a cada uno de los centros en los que se encontraban los diferentes grupos. Ésta se llevó a cabo en dos sesiones de entre 90 y 120 minutos donde se administraron las pruebas

anteriormente descritas, que fueron cumplimentadas por los mismos participantes en formato lápiz y papel.

2.2.5. *Análisis estadístico*

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows en su versión 24. Se calcularon los índices descriptivos de las variables de estudio y se analizó la distribución de sus puntuaciones empleando la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Comprobada la distribución normal de las puntuaciones, se aplicaron las pruebas paramétricas ANOVA para analizar las diferencias entre las medias de los resultados obtenidos en función del motivo de tutela, *t* de Student para analizar las diferencias en función del sexo y Correlación de Pearson para analizar si las puntuaciones obtenidas estaban relacionadas con la edad o los años de institucionalización de los participantes. El coeficiente de Correlación de Pearson también fue empleado para analizar la relación entre las variables de estudio. Finalmente, comprobada la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene, se aplicó la prueba de Tukey para identificar los motivos de tutela entre los que se hallaban las diferencias significativas respecto a las dimensiones cuyas puntuaciones difirieron en función del motivo de tutela.

2.3. Tercer artículo. *Effectiveness of Emotional Intelligence Therapy on suicide risk among adolescents in residential care*

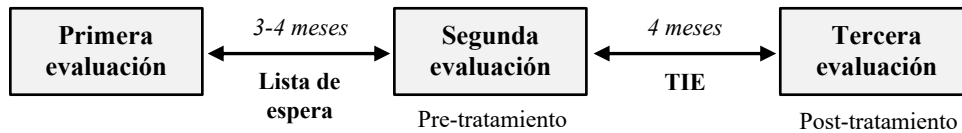
2.3.1. *Diseño*

Se llevó a cabo un ensayo clínico de medidas repetidas en el que se aplicó una versión adaptada de la TIE y se comparó la evolución de los participantes durante el periodo en el que la recibieron con su misma evolución durante un periodo de tiempo

previo a la TIE en el que no recibieron ningún tratamiento adicional (lista de espera). En la Figura 7 se muestra una representación gráfica del diseño aplicado.

Figura 7.

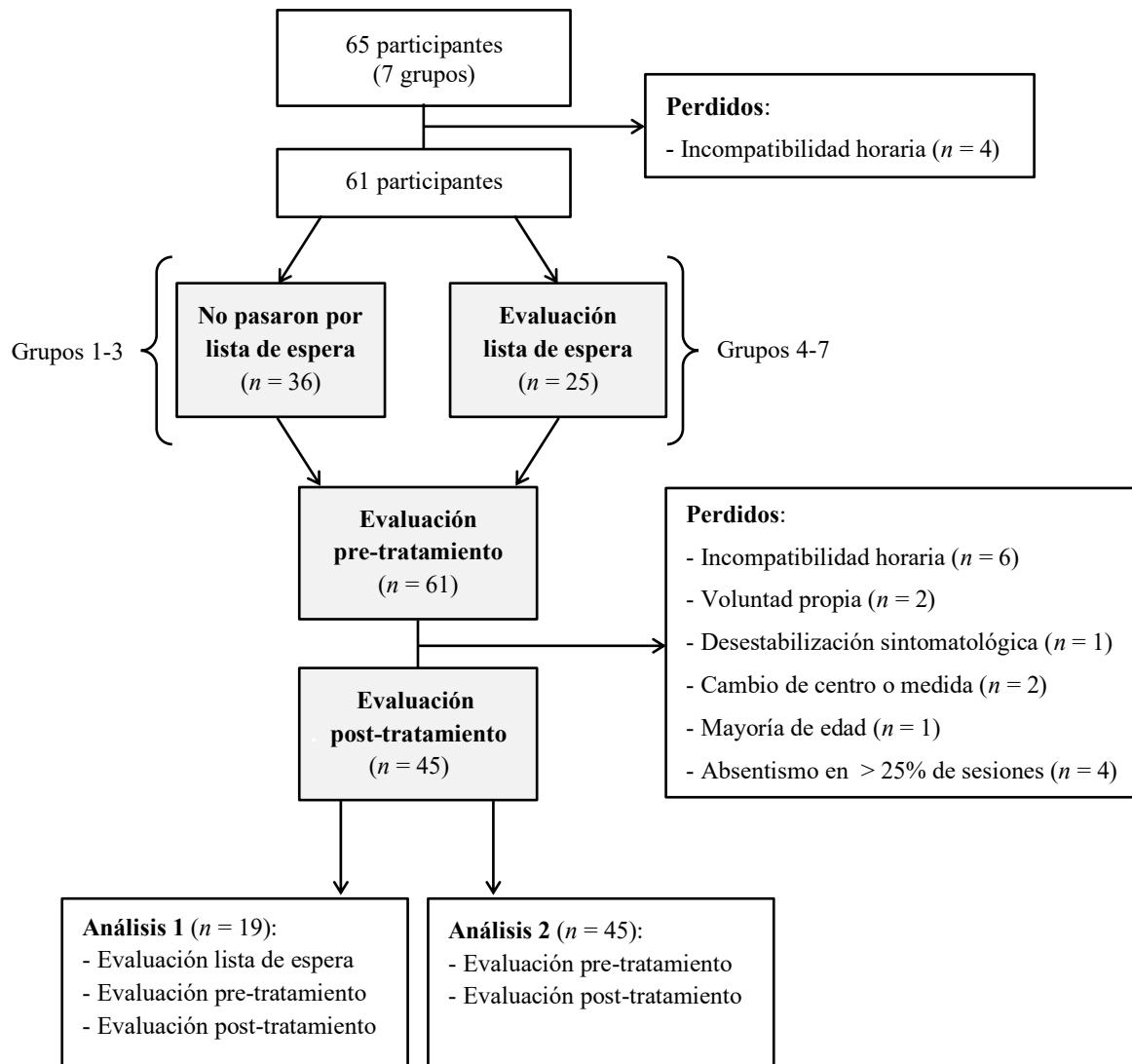
Diseño del Estudio 3



2.3.2. Participantes

Los 61 adolescentes que constituyen la muestra del estudio anterior (aquellos sometidos a la segunda evaluación) iniciaron el tratamiento distribuidos en siete grupos de entre seis y doce participantes. De éstos, 45 llegaron a finalizarlo (73.8%) y, por tanto, pasaron por la tercera evaluación. Sin embargo, por exigencias del proyecto, 26 de los 45 participantes que completaron el tratamiento no habían podido pasar por la primera evaluación (lista de espera). Por este motivo, el estudio se efectuó con una muestra total de los 19 participantes que pasaron por las tres evaluaciones que requería el diseño de la investigación.

Sin embargo, a fin de no perder esta parte relevante de una muestra tan específica que había recibido la totalidad del tratamiento aplicado, los análisis principales fueron complementados con un segundo análisis que incluyó los 45 participantes que habían completado la TIE (ver Figura 8).

Figura 8.*Diagrama de Flujo de Participantes*

2.3.3. Instrumentos

En las tres evaluaciones que incluye el presente estudio se administraron los instrumentos descritos en el estudio anterior: TMMS-24, ISO-30 y BNSG-S.

2.3.4. Procedimiento

Para llevar a cabo este tercer estudio, en primer lugar, se efectuó una primera evaluación entre tres y cuatro meses antes de realizar la evaluación pre-tratamiento descrita en el estudio anterior. La única diferencia respecto al procedimiento de la segunda evaluación fue que en ésta, con carácter previo a la administración de las pruebas, se facilitó a los participantes un consentimiento informado exponiendo el propósito central del proyecto (ver Apéndice C) y un formulario para recoger las variables sociodemográficas (ver Apéndice D).

Tras la segunda evaluación, se inició el tratamiento que consistió en 16 sesiones aplicadas con una frecuencia semanal de una hora y media de duración. La estructura de la versión adaptada que se aplicó de la TIE se muestra en la Tabla 3. Esta versión reducida conservó prácticamente todas las actividades intra-sesión que incluye la versión original y únicamente se eliminaron las actividades inter-sesión y las sesiones de recapitulación. Al mismo tiempo, se redujo el número de sesiones destinado a las actividades más prolongadas en la versión original (rincón de las emociones, las dos sillas y la estrella) para poder tener cabida en esta adaptación. Las sesiones fueron dirigidas por un terapeuta y un co-terapeuta, cuyo papel principal era guiar las actividades para facilitar que los participantes conectaran con sus vivencias y experiencias emocionales, y fueran adquiriendo un papel cada vez más activo en el transcurso de las mismas.

Respecto al contenido de las técnicas, todas ellas siguieron el formato original excepto las esculturas familiares donde, por las características del colectivo, se efectuó una adaptación de la actividad. En esta adaptación, la consigna no era la de efectuar una escultura donde quedaran representados los miembros de la familia, sino que los participantes debían identificar y representar en su escultura aquellas personas de su

entorno más importantes para ellos, independientemente de la naturaleza del vínculo que los uniera. Con ello, se perseguían tres objetivos principales: la toma de conciencia de aquellas personas que desempeñan un papel más relevante en sus vidas; la detección de las dinámicas establecidas y del impacto que éstas ejercen en su estado emocional; y la identificación de dinámicas relacionales que promuevan un mayor grado de satisfacción.

Tabla 3.

Adaptación de la TIE

Objetivo principal	Sesión	Contenido de la sesión
Identificación de emociones	1	Presentación. El Rosal
	2	Construcción del significado del síntoma
	3	Auto-caracterización
	4	Pregunta milagro
	5	Esculturas familiares ¹
	6	Esculturas familiares ¹
Facilitación emocional	7	Rincón de las emociones
	8	Ejercicio de trabajo con la culpa
	9	Espejo
Comprensión de emociones	10	Las dos sillas
	11	Análisis del cuento de animales
	12	Diálogo con el síntoma
Regulación emocional	13	La estrella
	14	Rincón de las emociones
	15	El Rosal
	16	El Rosal. Ritual de despedida

¹ Formato adaptado

Una vez finalizada la TIE, los participantes fueron sometidos nuevamente a dos sesiones de evaluación (tercera evaluación), siguiendo el mismo procedimiento que en las anteriores. Por último, entre tres y cuatro meses después de finalizar la tercera evaluación, se volvió a acudir a las dependencias del correspondiente centro con el fin de realizar una cuarta evaluación de seguimiento. Sin embargo, esta última evaluación tuvo que ser suprimida de la investigación por la fatiga y la reticencia manifestadas por los participantes fruto del sometimiento continuado a extensas sesiones de evaluación que habría podido conllevar resultados excesivamente sesgados bajo este efecto.

2.3.5. Análisis estadístico

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico IBM SPSS para Windows en su versión 24. En el *Análisis 1* ($n = 19$) se efectuó un modelo lineal general (MLG) de medidas repetidas a fin de explorar el efecto global de la intervención sobre las variables estudio mediante contrastes multivariados con el estadístico Traza de Pillay, así como el efecto particular sobre cada una de ellas a través de contrastes univariados. Para poder explorar el efecto específico sobre cada una de las variables se comprobó, previamente, el cumplimiento del supuesto de esfericidad a través de la prueba de Mauchly. En los casos en los que se rechazó la hipótesis de esfericidad, se utilizó el estadístico F univariado aplicando el índice corrector de Huynh-Feldt a los grados de libertad. En aquellas variables en las que se identificaron diferencias significativas entre las tres medidas a través de los contrastes univariados, se analizaron las diferencias por pares mediante la corrección de Bonferroni a fin de identificar entre qué medidas se producían y, por tanto, si éstas podían atribuirse a la intervención. En el *Análisis 2* ($n = 45$) se efectuó el mismo MLG pero con dos medidas repetidas (pre y post) respecto a todos los participantes que completaron la intervención.

2.3.6. Aspectos éticos

Teniendo en cuenta que la investigación se llevó a cabo en un colectivo especialmente vulnerable, su desarrollo estuvo regido por cinco principios éticos que fueron estrictamente respetados a fin de garantizar que los derechos de los participantes prevalecieran en todo momento a cualquier interés particular de la parte investigadora. Éstos se detallan a continuación:

Principio de no maleficencia

En primer lugar, se optó por aplicar un modelo de intervención que previamente ha demostrado su efectividad en otro colectivo, entre otros motivos, para minimizar el riesgo de que su aplicación llegara a producir daños físicos, psicológicos, sociales o espirituales en los participantes. En segundo lugar, existe una limitación metodológica en el presente estudio que se fundamenta en este principio ético. Concretamente, los tres primeros grupos que participaron, aunque pudieron beneficiarse de la intervención, no pasaron por la primera evaluación y, por tanto, no pudieron ser incluidos en los análisis principales de este tercer estudio. Esta decisión fue tomada partiendo de la premisa de que exponer a los adolescentes a las numerosas, copiosas y delicadas sesiones de evaluación que requería el proyecto del que deriva esta investigación suponía un perjuicio que solo quedaba justificado tras comprobar que el impacto de la TIE en este colectivo compensaba los efectos derivados del sometimiento repetido a las extensas sesiones de evaluación.

Principio de beneficencia

El objetivo final de este proyecto es el de hallar una estrategia eficaz para reducir los indicadores de riesgo de suicidio de esta población y, así, prevenir posteriores comportamientos relacionados en este colectivo vulnerable. Por los motivos

expuestos a lo largo de esta tesis, se considera que el tratamiento en cuestión podría estar indicado para lograr este fin, lo que conllevaría un importante beneficio en este colectivo. Asimismo, aunque el impacto de la TIE sobre el riesgo de suicidio hasta el momento se basaba en conjeturas, este tratamiento no solo ha demostrado no causar daños sino que investigaciones previas avalan sus importantes beneficios, entre los que destacan el aumento del ajuste psicológico y del bienestar subjetivo, así como el desarrollo de habilidades de gestión emocional (Lizeretti, 2009), elementos esenciales para la calidad de vida de todo ser humano que podrían resultar especialmente beneficiosos en el colectivo analizado por las dificultades emocionales que han demostrado presentar en las investigaciones previas.

Principio de autonomía

Existen varias circunstancias en las que una persona puede verse privada de su propia autonomía. La falta de información es una de ellas, por este motivo se redactó un consentimiento informado que fue entregado a cada miembro en una fase previa a su participación donde se explica de forma clara, veraz y sintetizada el propósito central del proyecto al que se les pide colaboración. En este documento también se destaca su libertad para participar, plantear dudas y/o abandonar en cualquier momento sin recibir ningún tipo de penalización. Todo ello permite certificar su voluntariedad en la participación sin presencia de coacciones externas que puedan intervenir en su decisión, lo que garantiza que ejerzan su pleno derecho a la autonomía. De hecho, este proceso se llevó a cabo pese a tratarse de menores tutelados en el que, previamente, se tuvo que seguir el principio de autonomía subrogada solicitando a la DGAIA el consentimiento para llevar a cabo la investigación a través del convenio de colaboración previamente mencionado.

Principio de justicia

Formaron parte del estudio todos los adolescentes que accedieron a participar libremente de entre aquellos que su tutor legal había autorizado su participación, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos por motivos justificados. Sin ir más lejos, el diseño aplicado en este tercer estudio se fundamenta, esencialmente, en este principio ético. En otras palabras, se aplicó un diseño de medidas repetidas, principalmente, para garantizar que todos los participantes tuvieran la oportunidad de beneficiarse de la intervención que se ofrece, sin excepciones ni discriminaciones de ninguna clase. Además, se valoró que, aunque se hubiera aplicado un proceso de aleatorización en dos grupos (experimental y control) sin que hubiera habido una discriminación intencionada, este diseño habría podido comportar que quedaran adolescentes en el grupo control con necesidad de beneficiarse de la intervención.

Principio de confidencialidad

Finalmente, con el fin de respetar la privacidad de los participantes, en el transcurso de toda la investigación se garantizó el secreto profesional de sus datos personales. Para ello se siguió un proceso de codificación conocido únicamente por los investigadores principales del proyecto. La confidencialidad de los datos personales fue garantizada a los participantes por escrito a través del consentimiento informado en el que se hizo constar el compromiso de los investigadores a hacer dicha codificación, así como a utilizar los datos únicamente para los fines de la investigación.

3. RESULTADOS

- 3.1. Artículo 1. *Relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en adolescentes: Una revisión sistemática*
- 3.2. Artículo 2. *Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales*
- 3.3. Artículo 3. *Effectiveness of Emotional Intelligence Therapy on suicide risk among adolescents in residential care*

3. Resultados

A continuación, se exponen los artículos que detallan los principales resultados obtenidos en la presente tesis doctoral:

3.1. Primer artículo. *Relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en adolescentes: Una revisión sistemática*

Bonet, C., Palma, C., y Gimeno-Santos, M. (2020). Relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en adolescentes: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 63-76. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.8>

Relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en adolescentes: una revisión sistemática

Cristina Bonet, Carol Palma, & Mercè Gimeno-Santos
Universitat Ramon Llull

Resumen

Las habilidades de regulación emocional constituyen un factor transdiagnóstico de psicopatologías y pueden verse especialmente afectadas en individuos con historia de maltrato, y la adolescencia es una etapa crítica para su desarrollo y prevención. Sin embargo, la heterogeneidad conceptual y metodológica en la evaluación de las habilidades de regulación emocional y las formas de maltrato dificultan comprender su relación. La presente revisión analizó la relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional de los adolescentes entre 12 y 18 años a través de los estudios que la exploraron, incidiendo en la relación diferencial entre las distintas tipologías de maltrato (maltrato físico, abuso sexual, maltrato emocional y negligencia) y las habilidades de regulación emocional (regulación o disregulación emocional e inteligencia emocional), así como en el papel que estas últimas ejercen sobre las problemáticas asociadas al maltrato. Se realizaron búsquedas en PsycINFO, MedLine y PsicoDoc. De los 191 estudios encontrados, 28 cumplieron los criterios de inclusión. Se hallaron relaciones significativas y consistentes entre las medidas globales de maltrato y de disregulación emocional. Sin embargo, cuando se analizan tipos de maltrato o estrategias específicas, los resultados son dispares. Asimismo, las habilidades de regulación emocional influyen en la aparición de problemáticas asociadas al maltrato, siendo la sintomatología internalizada y las autolesiones las más exploradas. La heterogeneidad conceptual y metodológica de los estudios revisados dificultó la extracción de conclusiones sólidas respecto a las tendencias identificadas, por lo que se debe continuar explorando en esta relación.

Palabras clave: maltrato infantil; adolescentes; regulación emocional; revisión sistemática.

Abstract

Relationship between child maltreatment and emotional regulation skills in adolescents: A systematic review. Emotion regulation skills are a robust transdiagnostic factor of psychopathologies and can be especially affected in individuals with a history of maltreatment, and adolescence is a critical period for their development and prevention. However, conceptual and methodological heterogeneity in evaluating emotion regulation skills and different forms of maltreatment make it difficult to understand their relationship. This review delved into the relationship between childhood maltreatment and the emotional skills of adolescents between 12 and 18 years of age through the studies that examining it, focusing on unique relationships between the different types of maltreatment (physical abuse, sexual abuse, emotional abuse and neglect) and emotion regulation skills (emotion regulation or dysregulation and emotional intelligence), as well as the role of the latter on maltreatment-related outcomes. Searches were carried out in the PsycINFO, MedLine and PsicoDoc databases. Of the 191 studies found, 28 met the inclusion criteria. The studies reviewed revealed significant and consistent relationships between global measures of child maltreatment and emotion dysregulation in adolescents. However, when specific types of maltreatment or strategies were analyzed, results are disparate. Moreover, emotion regulation skills influence the appearance of problems associated with maltreatment, with internalized symptoms and self-harm being the most explored. The conceptual and methodological heterogeneity of the studies reviewed made it difficult to draw robust conclusions regarding the trends identified, hence the need to continue to explore this relationship.

Keywords: childhood maltreatment; adolescents; emotion regulation; systematic review.

Durante décadas la literatura ha evidenciado las repercusiones del maltrato infantil en prácticamente todas las áreas del desarrollo (Barbosa, Quarti, Werlang, Tiellet, & De Lima,

2013; Herzog & Schmahl, 2018). Los niños y adolescentes que han sufrido algún tipo de maltrato tienden a presentar alteraciones psicopatológicas y/o conductas de riesgo (Burns et al.,

Correspondencia:

Cristina Bonet.

Facultat de Psicologia, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

C/ Císter, 34, Barcelona, España

Email: cristinabm9@blanquerna.url.edu

2004; Camps-Pons, Castillo-Garayoa, & Cifré, 2018) que pueden derivar en otras psicopatologías y problemáticas asociadas durante la adolescencia y la edad adulta (Jaffee, 2017; Johnson & James, 2016). Concretamente, la adolescencia constituye un periodo sensible del desarrollo caracterizado por múltiples cambios neurobiológicos, cognitivos y socioemocionales (Ernst & Fudge, 2009; Moretti & Peled, 2004; Spear, 2000) que exacerban la vulnerabilidad al desarrollo de las problemáticas asociadas al maltrato (Cicchetti & Rogosch, 2002; Duprey, Oshri, & Liu, 2019).

Las dificultades de regulación emocional han sido concebidas como un mecanismo esencial para comprender la vinculación inespecífica entre el maltrato infantil y las múltiples formas de psicopatología (p. ej., Beauchaine, 2015; Compas et al., 2017; Heleniak et al., 2016; Milojevič, Norwalk, & Sheridan, 2019; Schäfer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier, & Samson, 2017; Weissman et al., 2019). La regulación emocional ha sido definida como la capacidad para evaluar y modificar las reacciones emocionales a fin de conseguir un objetivo deseado, abarcando una amplia gama de procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de manejar las emociones positivas y negativas hacia el logro de la meta (Thompson, 1994). Ésta cuenta con una amplia gama de aproximaciones conceptuales y metodológicas (Cha & Nock, 2009; Cole, Martin, & Dennis, 2004; Davies, Niles, Pittig, Arch, & Craske, 2015), lo que lleva a detectar múltiples estrategias específicas bajo esta denominación.

El modelo procesual de Gross (1998) es uno de los que ha recibido más atención empírica y sugiere que las estrategias de regulación pueden ser clasificadas en función del momento en el que tienen su primer impacto dentro del proceso de generación de las emociones. Éstas se dividen en dos categorías: centradas en el antecedente o en la respuesta. Las estrategias centradas en el antecedente se llevan a cabo en las primeras fases del proceso emocional. Destacan la *reevaluación cognitiva* y la *atención emocional* (Weissman et al., 2019). La primera consiste en modificar la valoración de una situación a fin de alterar su impacto sobre la respuesta emocional. Un estudio con niños observó que los que habían sufrido malos tratos mostraban una mayor activación en las regiones de la corteza prefrontal asociadas al control cognitivo durante la ejecución tareas que requerían el uso de estrategias de reevaluación cognitiva en comparación con los controles (McLaughlin, Peverill, Gold, Alves, & Sheridan, 2015). Estos hallazgos llevaron a concluir que el uso de esta estrategia para modular eficazmente las emociones podía requerir un mayor esfuerzo en este colectivo. Respecto a la atención emocional, los adolescentes con historia de maltrato físico demostraron prestar una atención excesiva a las expresiones de ira (Pollak & Tolley-Schell, 2003). Otra estrategia explorada en este colectivo que se ubicaría en el antecedente del proceso emocional es la *evitación* de las situaciones generadoras de emociones, entendida como una estrategia desadaptativa cuyo uso ha demostrado ser más frecuente en adolescentes con historia de maltrato en comparación con los controles (Milojevič, Levine, Cathcart, & Quas, 2018).

Las estrategias centradas en la respuesta, por contra, hacen referencia a las respuestas adoptadas una vez que ya se está experimentando la emoción y, paradójicamente, pueden aumentar su intensidad. Por esta razón, suelen considerarse desadaptativas (Gross, 1998). Destacan dos estrategias: la *supresión emocional* que implica la inhibición del comporta-

miento continuo expresivo de emociones y que se opondría a la *rumiación*, entendida como un patrón de pensamiento focalizado y repetitivo sobre las causas y consecuencias de la situación desagradable que dificulta el encontrar una solución para aliviar la fuente del malestar. Las prácticas parentales caracterizadas por un cuidado pobre, una disciplina inconsistente y el castigo físico se relacionaron con un mayor uso de la supresión expresiva en los niños y adolescentes (Balan, Dobrea, Roman, & Balazsi, 2016). Asimismo, paradójicamente, los eventos estresantes en la infancia también se asociaron a un mayor uso de estrategias de rumiación en esta población (Heleniak et al., 2016; LeMoult et al., 2018).

Desde la conceptualización de Gratz y Roemer (2004), la regulación emocional representa un constructo multidimensional que incluye una serie de estrategias adaptativas que influyen sobre la experiencia y la expresión de las emociones: consciencia, comprensión y aceptación de las emociones, capacidad para adoptar comportamientos dirigidos a metas en situaciones de estrés emocional, y acceso a estrategias efectivas de regulación emocional. Las dificultades en estos procesos constituyen la disregulación emocional, que ha demostrado ser superior en aquellos con una historia de maltrato infantil y ejercer un papel clave en su desarrollo de psicopatologías (Howard, Karatzias, Power, & Mahoney, 2017; John, Cislak, & Sigel, 2017).

Otro campo desde el que se han estudiado exhaustivamente las habilidades de regulación emocional es el de la inteligencia emocional. El modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997) describe la regulación emocional como el nivel de habilidad de mayor complejidad jerárquica que requiere de los otros tres niveles que constituyen la inteligencia emocional (identificación, uso de las emociones para facilitar el pensamiento, comprensión y regulación emocional). Desde este modelo, la inteligencia emocional ha demostrado ser un factor protector en el desarrollo de ideaciones y tentativas suicidas en adolescentes víctimas de abuso sexual (Cha & Nock, 2009).

La inteligencia emocional también ha sido estudiada desde los denominados modelos mixtos, que difieren de los modelos de habilidad en que incluyen aspectos próximos a dimensiones de la personalidad caracterizados por ser estables en el tiempo y en diversidad de situaciones. El modelo desde el que se ha investigado la inteligencia emocional en el campo del maltrato infantil es el de Bar-On (1997). Sin embargo, al ser un modelo mixto, éste no solo incluye habilidades emocionales, sino que está formado por una serie de competencias intrapersonales, interpersonales, de adaptabilidad, de manejo del estrés y del estado de ánimo. Desde este modelo, los niveles de inteligencia emocional han demostrado ser significativamente inferiores en adolescentes tuteladas en comparación con adolescentes en riesgo social y de población general (Zárate-Alva & Sala-Roca, 2019).

Las diferentes formas de maltrato han demostrado incidir diferencialmente en el procesamiento emocional de las víctimas. Sin embargo, buena parte de la literatura exploró su afectación sin discriminar entre tipos específicos de maltrato (Milojevič et al., 2018). En general, las principales tipologías de maltrato han sido estudiadas por la literatura empírica a través de cuatro categorías ampliamente aceptadas y reconocidas en todos los contextos: el maltrato físico (MF), el maltrato emocional (ME), el abuso sexual (AS) y la negligencia, que puede ser física (NF) o emocional (NE)

(Cicchetti & Toth, 2005). Algunos autores señalaron el ME como forma de maltrato más asociada a las dificultades de regulación o disregulación emocional de los adolescentes (Heleniak et al., 2016). Sin embargo, otros autores detectaron relaciones más estrechas con la NF en adolescentes con problemáticas asociadas al consumo de sustancias (Barahmand, Khazaei & Hashjin, 2016). Al mismo tiempo, Chaplo, Kerig, Bennett y Modrowsky (2015) señalaron el impacto del AS en las dificultades emocionales de los adolescentes infractores. Milojevich et al. (2019), por su parte, clasificaron las tipologías de maltrato en función de si éstas se efectuaban por acción (p. ej., MF o AS) o por omisión (p. ej., negligencia), alegando que los adolescentes que habían sufrido algún tipo de maltrato por acción tenían una mayor tendencia a emplear estrategias evitativas en comparación con los que habían sido víctimas de maltrato por omisión.

La heterogeneidad conceptual y operativa existente entre las habilidades de regulación emocional exploradas en el campo del maltrato infantil y la disparidad de resultados obtenidos dificulta comprender su relación. Por este motivo, en el presente estudio se revisan los artículos que analizan la relación entre las diferentes experiencias de maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional de los adolescentes. Esta revisión tiene como objetivo analizar en población adolescente: (1) la relación entre el maltrato infantil (MF, AS, ME y negligencia) y las habilidades de regulación emocional (regulación o disregulación emocional e inteligencia emocional); (2) la relación diferencial entre las tipologías de maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional; y (3) el papel de las habilidades de regulación emocional sobre las problemáticas asociadas al maltrato.

Método

Fuentes de datos y búsquedas

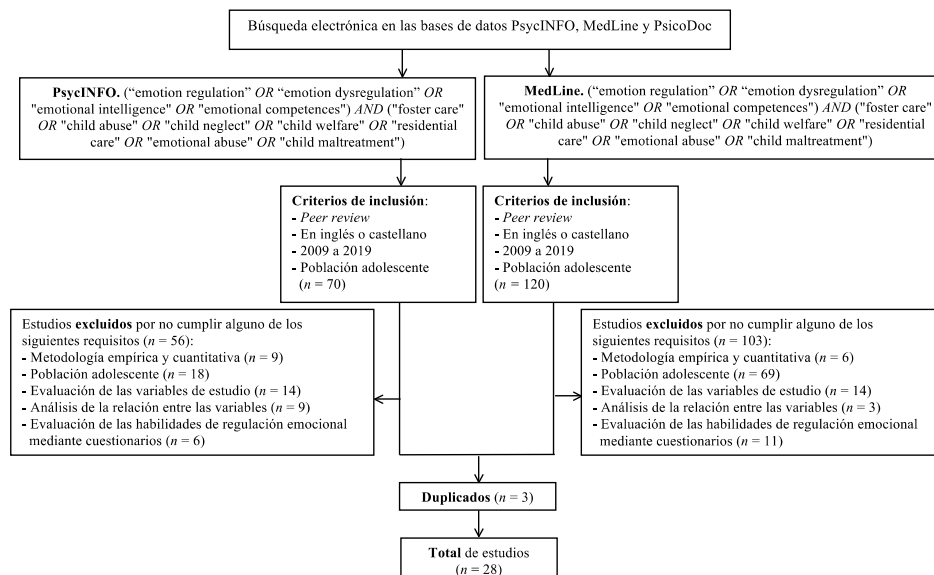
La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos PsycINFO, MedLine y PsicoDoc a través de los siguientes parámetros: ("foster care" [OR] "child abuse" [OR] "child neglect" [OR] "child welfare" [OR] "residential care" [OR] "emotional abuse" [OR] "child maltreatment") AND ("emotion regulation" [OR] "emotion dysregulation" [OR] "emotional intelligence" [OR] "emotional competences") durante el periodo comprendido entre enero de 2009 y diciembre 2019.

Selección de estudios

Los criterios de inclusión requerían que se tratara de artículos de revista con *peer review*, en lengua inglesa o castellana, publicados entre el 2009 y el 2019, y con población adolescente. Se consideran adolescentes aquellos que tienen entre 12 y 18 años, de acuerdo con las legislaciones autonómicas en materia de protección de menores. Sin embargo, también fueron incluidos aquellos estudios que abarcaron un rango de edad ligeramente desviado siempre y cuando la media de edad de los participantes estuviera comprendida entre los 12 y los 18 años.

Se excluyeron los estudios que no cumplieran las siguientes premisas: a) una metodología empírica cuantitativa, b) una media de edad de la muestra comprendida entre los 12 y los 18 años, c) evaluación de las variables de estudio (habilidades de regulación emocional y maltrato infantil), d) análisis cuantitativo sobre la relación entre las variables, y e) evaluación de las habilidades de regulación emocional mediante instrumentos de habilidad o autoinforme. En la Figura 1 se muestra el proceso de selección de los estudios efectuado únicamente en las bases de datos que proporcionaron los artículos incluidos en la revisión (PsycINFO y MedLine).

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios



Resultados

Características de los estudios

De los 191 artículos revisados (70 en PsycINFO, 120 en MedLine y 1 en PsicoDoc), tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, y eliminar los duplicados restaron un total de 28 estudios. Los estudios se clasificaron en función de la metodología empleada para los análisis de interés. El 67.86% ($n = 19$) de los estudios analizaron la relación entre el maltrato y las habilidades de regulación emocional mediante análisis correlacionales, el 39.29% ($n = 11$) de los estudios la evaluaron a través de análisis comparativos entre las habilidades de regulación emocional de grupos con y sin historia de maltrato. Dos estudios (7.14%) efectuaron ambos análisis.

En la Tabla 1 se presentan los estudios que analizaron la relación de interés mediante análisis correlacionales y sus características principales respecto a la muestra, tipo de maltrato examinado, habilidades analizadas y sus instrumentos de evaluación, resultados correlacionales obtenidos sobre la relación entre las tipologías de maltrato y las habilidades de regulación emocional analizadas, y principales resultados obtenidos respecto al papel que desempeñan las habilidades de regulación emocional sobre las problemáticas asociadas al maltrato. El 26.32% ($n = 5$) de los estudios correlacionales analizó adolescentes con historia de maltrato previamente constatada por los servicios competentes en materia de protección, mientras que el 73.68% ($n = 14$) restante analizó poblaciones no específicas del ámbito de protección: población general ($n = 5$), población clínica ($n = 6$) y adolescentes procedentes de justicia juvenil ($n = 3$). El 89.47% ($n = 17$) de los estudios emplearon cuestionarios de autoinforme para evaluar la historia de maltrato (evaluación retrospectiva del maltrato y en base a su severidad) y los dos restantes (10.53%) analizaron datos procedentes del sistema de protección (evaluación prospectiva del maltrato y en base a su exposición). Respecto a la evaluación de las habilidades de regulación emocional, el 68.42% ($n = 13$) de los estudios las evaluaron a través de índices globales de regulación o disregulación emocional, el 10.53% ($n = 2$) a través de índices globales de inteligencia emocional (uno de los cuales también analizó cada uno de sus componentes) y el 36.84% ($n = 7$) restante analizó estrategias específicas (adaptativas o desadaptativas) de regulación emocional. Concretamente, entre estos últimos, el 57.14% ($n = 4$) examinaron

estrategias adaptativas de regulación emocional (reevaluación cognitiva, alexitimia –dificultades para identificar, describir y expresar las emociones–, regulación conductual ante eventos emocionalmente estresantes –resolución de problemas, inhibición y control emocional–, expresividad y estrategias de afrontamiento) y el 42.86% ($n = 3$) restante analizó el uso de estrategias desadaptativas de regulación (rumiación, supresión, catastrofización, disregulación conductual –impulsividad y búsqueda de sensaciones–). El 46.15% ($n = 6$) de los estudios que analizaron índices globales de regulación o disregulación emocional lo hicieron mediante el instrumento *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004). El resto de los estudios emplearon conceptualizaciones teóricas y operativas heterogéneas, aunque todos ellos emplearon instrumentos de autoinforme.

En la Tabla 2 se muestran los estudios que efectuaron análisis comparativos para analizar la relación y sus principales características respecto a la muestra, las habilidades emocionales y sus instrumentos de evaluación, la relación entre las variables de interés calculada a través de análisis comparativos que muestran las diferencias entre las habilidades de los grupos analizados (se recogen exclusivamente las obtenidas entre los grupos que se diferencian en función de la historia de maltrato) y el impacto de las habilidades de regulación emocional sobre las problemáticas analizadas en este colectivo. El 72.73% ($n = 6$) de los estudios comparativos seleccionaron adolescentes con historia de maltrato previamente constatada para el grupo experimental (evaluación prospectiva del maltrato y en base a su exposición), mientras que el 36.3% ($n = 6$) restante seleccionó muestras heterogéneas procedentes de diferentes contextos (p. ej., escolar, clínico) para este grupo (evaluación retrospectiva y en base a su exposición para los análisis de interés). Respecto a la evaluación de las habilidades de regulación emocional, el 63.64% ($n = 7$) evaluaron índices globales de disregulación emocional, tres de los cuales analizaron por separado cada una de las estrategias que lo conformaron. Todos, excepto uno, los analizaron a través del DERS ($n = 6$). Dos estudios proporcionaron índices globales de inteligencia emocional a través del EQ-i, incluyendo el análisis sobre cada uno de sus componentes. Finalmente, de los dos estudios restantes, uno analizó globalmente la percepción de control emocional de los participantes y el otro analizó tres estrategias específicas: inhibición, afrontamiento y expresividad emocional disregulada.

Tabla 1. Estudios que evaluaron la relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional de los adolescentes mediante análisis correlacionales ($k = 19$)

Autores	Participantes	Edad	Maltrato	Habilidades	Instrumentos	Correlación	Papel de las habilidades en la relación
Goulter, Moretti, del Casal y Dietterle (2019)	Población clínica ($n = 179$)	$M = 15.34$ $DT = 1.53$	MF; ME; Negligencia	DE global	ARC	ME: .25***.29*	La DE no medió significativamente la relación entre el maltrato infantil y la sintomatología física.
Milojevich, Norwalk y Sheridan (2019)	Tutelados o en riesgo social ($n = 601$)	^b 18	MF y AS; Negligencia	RE global Evitación	ACOPE	Evitación MF y AS: *.17** Negligencia: *.10*	La evitación medió parcialmente la relación longitudinal entre el maltrato por acción y la sintomatología internalizada (95% [.01, .06]).

Autores	Participantes	Edad	Maltrato	Habilidades	Instrumentos	Correlación	Papel de las habilidades en la relación
Sun, Liu y Yu (2019)	Población general (n = 1041)	M = 12.41 DT = .65	ME y Negligencia	IE global	EIS	ME y negligencia: -.27***	La IE medió significativamente la relación que establecen el ME y la negligencia con la adicción al móvil (95% [.01, .09]).
Weissman et al. (2019)	Población general y con HM (n = 262)	M = 12.56 DT = 2.58	Análisis global	Rumiación Reevaluación Supresión	CRSQ ERQ	Rumiación Análisis global: .25* Supresión Análisis global: .13*	La rumiación emocional medió significativamente la relación longitudinal que establecieron tanto la exposición (95% [.015, .210]) severidad (95% [.002, .037]) del maltrato infantil con la psicopatología dos años después.
Titelius et al. (2018)	°Población clínica (n = 53)	M = 14.60	°Análisis global; AS	DE global	DERS	Análisis global: .29*	La DE medió significativamente la relación entre la HM y la frecuencia de autolesiones (95% [.043, 1.18]).
Halldorsdottir et al. (2017)	Población general (n = 1345)	M = 13.95 DT = .90	Análisis global	Rumiación y catastrofización	CERQ	Análisis global: .59***	-
Peh et al. (2017)	Población clínica (n = 108)	M = 17.0 DT = 1.65	Análisis global	DE global	DERS	Análisis global: .57***	La DE medió significativamente la relación entre el maltrato y la frecuencia de autolesiones (95% [.02, .16]).
Barahmand, Khazaei y Hashjin (2016)	°Varones de población clínica (n = 74)	M = 17.46 DT = 1.64	Análisis global; MF; AS; ME; NE; NE	DE global	DERS	Análisis global: .45* ME: .42* NF: .49*	La DE medió significativamente la relación entre el ME y dos motivos de consumo de sustancias: expansión (95% [.1115, .5867]) y mejora (95% [.0674, .4241]).
Heleniak, Jenness, Vander Stoep, McCauley y McLaughlin (2016)	Población general (n = 169) Población general (n = 439)	M = 14.9 DT = 1.36 M = 13.51 DT = .43	Análisis global; MF; AS; ME; NE; AS	Rumiación Regulación conductual Rumiación Disregulación conductual	CRSQ BRIEF RRS DRI	Rumiación Análisis global: .34*** MF: .19* AS: .26*** ME: .32*** Regulación conductual ME: .23* Rumiación Análisis global: .13*** Disregulación conductual Análisis global: .11*	- La disregulación conductual (no la rumiación) medió significativamente la relación longitudinal que estableció el maltrato con la sintomatología internalizada ($p < .05$) y externalizada ($p < .01$) autoreportada, pero no con la sintomatología reportada por los progenitores.
Lüdtke, In-Albon y Schmid (2016)	°Mujeres de población clínica (n = 46); controles (n = 26)	M = 16.08 DT = 1.29	MF; AS; Negligencia materna y paterna	Alexitimia	TAS-26	Negligencia materna: .28*	-
Thomassin, Shaffer, Madden y Londino (2016)	°Población clínica (n = 95)	M = 14.22 DT = 1.67	MF; AS; ME	Baja expresividad Afrontamiento	EESC CEMS	Baja expresividad AS: .21* ME: .39***	Los bajos niveles de expresividad emocional mediaron significativamente la relación entre el ME y la frecuencia de autolesiones (95% [.013, .214]).
Chaplo, Kerig, Bennett y Modrowsky (2015)	Procedentes de justicia juvenil (n = 525)	M = 16.11 DT = 1.31	AS	DE global	DERS f	AS: .14** (varones) AS: .18* (mujeres)	La DE, en interacción con el uso de mecanismos disociativos, medió parcialmente la relación entre la historia de AS y la frecuencia de autolesiones (95% [.03, .31]). Sin embargo, ninguno de ellos lo hizo por separado.

Autores	Participantes	Edad	Maltrato	Habilidades	Instrumentos	Correlación	Papel de las habilidades en la relación
Kwok, Yeung, Low, Lo y Tam (2015)	Población general (n = 527)	M = 14	MF	Gestión emocional Habilidades sociales Empatía Uso creativo de las emociones Total IE	C-EIS-R	Autogestión emocional MF: -.14* (en mujeres) Habilidades sociales MF: -.13* (en mujeres)	La historia de MF interaccionó significativamente con la empatía al predecir las ideaciones suicidas de las mujeres ($\beta = .14^{***}$).
Mills, Newman, Cossar y Murray (2015)	Población general (n = 222)	M = 15.38 DT = 1.05	ME; NE	RE y DE global	REQ	Estrategias funcionales de RE ME: -.25** NE: -.44** Estrategias disfuncionales de RE ME: .63** NE: .28**	Las estrategias disfuncionales de RE (DE) mediaron significativamente la relación entre el ME y los trastornos de la conducta alimentaria (95% [.1689, .6736]).
Shenk, Griffin y O'Donell (2015)	Mujeres con HM (n = 51); controles (n = 59)	M = 16.99 (DT = 1.2)	¹ Análisis global	DE global	DERS	Análisis global: .24*	La DE medió significativamente la relación entre el maltrato infantil y la sintomatología depresiva (95% [.09, 4.70]).
Sundermann y DePrince (2015)	Mujeres con HM (n = 115)	M = 15.96 DT = 1.56	Análisis global	DE global	DERS	No se obtuvieron relaciones significativas	Las DE predijo una proporción única de la varianza en la ira ($\beta = .64^{***}$), la ansiedad ($\beta = .55^{***}$), la depresión ($\beta = .69^{***}$), la disociación ($\beta = .53^{***}$) y el trastorno por estrés postraumático ($\beta = .43^{***}$) en esta población.
Moretti y Craig (2013)	Procedentes de justicia juvenil o conductas de riesgo (n = 179)	M = 15.34 DT = 1.53	MF y ME	DE global	ARC	MF y ME materno: .18* *.27** MF y ME paterno: .37** (varones) *.33* (varones)	La DE medió significativamente la relación longitudinal entre el maltrato materno y la sintomatología depresiva dos años después ($p < .05$), así como el maltrato paterno y la sintomatología depresiva en los varones ($p < .05$).
Nederlof, Van der Ham, Dingemans y Oei (2010)	Procedentes de justicia juvenil (n = 142)	M = 16.46 DT = 1.52	MF; AS; ME; NF; NE	DE global	DAPP-BQ	MF: .30** AS: .29** ME: .34** NF: .25*	-
Shenk, Noll y Cassarly (2010)	Población general y con HM (n = 129).	M = 15.75 DT = 1.11	¹ Análisis global	DE global	DI	Análisis global: .26***	La DE medió significativamente la relación entre el maltrato infantil y la presencia de autolesiones ($p < .05$). Asimismo, la combinación entre la DE, el trastorno por estrés postraumático y la sintomatología depresiva también medió significativamente la relación ($p < .001$).

Nota. HM = Historia de maltrato; MF = Maltrato físico; AS = Abuso sexual; ME = Maltrato emocional o psicológico; NF = Negligencia física; NE = Negligencia emocional; RE = Regulación emocional; DE = Disregulación emocional; IE = Inteligencia emocional; ARC = Affect Regulation Checklist; ACOPE = Adolescent Coping Orientation for Problem Experience; EIS = Emotional Intelligence Scale; CRSQ = Children's Response Styles Questionnaire; ERQ = Emotion Regulation Questionnaire; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; CERQ = The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; BRIEF = Behavior Rating Inventory of Executive Function; RRS = Ruminative Response Scale; DRI = The Dysregulation Inventory; TAS-26 = Toronto Alexithymia Scale; EESC = Emotion Expressivity Scale for Children; CEMS = Children's Emotion Management Scales; C-EIS-R = Chinese Emotional Intelligence Scale; REQ = Regulation of Emotions Questionnaire; DAP-BQ = Dimensional Assessment of Personality Pathology; DI = The Disregulation Inventory.

^aanálisis longitudinal; ^bpara los análisis de interés; ^chospitalizados o en tratamiento residencial; ^dno incluye el AS; ^ese recogió la relación longitudinal entre el maltrato y la última evaluación de las habilidades emocionales efectuada dentro de la franja de edad de interés (a los dos años); ^fdatos extraídos de los servicios competentes de protección; ^grelación concurrente a los dos años.

Las formas de maltrato separadas por punto y coma se analizaron de manera independiente en los análisis de interés. Las agrupaciones de tres o más tipos de maltrato analizados conjuntamente se registraron como "Análisis global". * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tabla 2. Estudios que evaluaron la relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional de los adolescentes mediante análisis comparativos ($k = 11$)

Autores	Participantes	Edad	Habilidades	Instrumentos	Diferencias entre grupos	Papel de las habilidades de RE
Henschel, Doba y Nandirino (2019)	En acogimiento residencial ($n = 58$); controles ($n = 55$)	$M = 17.22$ ($DT = 1.11$) $M = 17.38$ ($DT = 2.90$)	Aceptación Metas Impulsividad Conciencia Estrategias Claridad Total DE	DERS	Impulsividad*** Conciencia* Estrategias** Claridad** Total DE***	La DE predijo significativamente mayores niveles de disociación en aquellos con HM ($\beta = .31^*$)
Zárate-Alva y Sala-Roca (2019)	*En acogimiento residencial ($n = 35$); en riesgo de exclusión social ($n = 17$); controles ($n = 18$)	-	Intrapersonales Interpersonales Adaptabilidad Manejo del estrés Estado de ánimo Total IE	EQ-i	<i>Tutelados vs. controles:</i> Intrapersonales - Autorealización *** Interpersonales - Empatía ** - Responsabilidad social ** - Resolución de problemas ** Adaptabilidad - Prueba de realidad ** - Impulsividad ** Estado de ánimo - Felicidad *** IE total*** <i>Tutelados vs. en riesgo social:</i> Estado de ánimo - Felicidad **	-
Demirci (2018)	Con historia de AS ($n = 52$); controles ($n = 33$)	$M = 13.2$ ($DT = 3$) $M = 14.3$ ($DT = 2.3$)	RE	DERS	RE***	-
Dickerson, Flynn, Levine y Quas (2018)	En acogimiento residencial ($n = 59$); controles ($n = 66$)	$M = 14.47$ ($DT = 2.11$)	Creencias de control emocional	IBES	No se obtuvieron diferencias significativas	El maltrato y las creencias de autocontrol interaccionaron significativamente en su relación con la agresividad reactiva. Concretamente, las creencias de control emocional predijeron la agresión reactiva (controlando las demás variables) en aquellos con historia de maltrato ($\beta = - 0.31^{**}$) pero no en aquellos sin historia de maltrato.
John, Cisler y Sigel (2017)	Mujeres con HM ($n = 61$); controles ($n = 20$)	$M = 14.44$ ($DT = 1.51$) $M = 13.7$ ($DT = 1.6$)	Aceptación Metas Impulsividad Estrategias Identificación Total DE	DERS	Aceptación** Metas*** Impulsividad*** Estrategias*** Claridad* DE total***	La DE medió significativamente la relación entre la HM y la sintomatología de estrés posttraumático (95% [1.16, 1.11]) y depresiva (95% [1.22, 1.14]).
Jones, Joyal, Cisler y Bai (2016)	*Varones implicados en delitos sexuales: con historia de AS ($n = 12$); sin historia de AS ($n = 17$)	$M = 16.8$ $M = 16.1$	Aceptación Metas Impulsividad Conciencia Estrategias Claridad Total DE	DERS	No se obtuvieron diferencias significativas	-
Shenk, Griffin y O'Donnell (2015)	Mujeres con HM ($n = 51$); controles ($n = 59$)	$M = 16.99$ ($DT = 1.2$)	DE	DERS	DE*	-

Autores	Participantes	Edad	Habilidades	Instrumentos	Diferencias entre grupos	Papel de las habilidades de RE
Ma y Li (2014)	Con HM ($n = 82$); con antecedentes traumáticos sin HM ($n = 83$); controles ($n = 201$)	$M = 12$ ($DT = 1.5$) $M = 12.04$ ($DT = 1.37$) $M = 12.30$ ($DT = 1.26$)	DE	CEMS	Con HM vs sin HM: - Expresión disregulada****	La DE tuvo un efecto significativo sobre la autoestima ($p < .001$), los niveles de agresividad y retraimiento ($p < .001$), la percepción de las relaciones interpersonales ($p < .001$), la atribución personal de los eventos negativos ($p < .01$), y las creencias acerca de una futura victimización ($p < .001$).
Oriol, Sala-Roca y Filella (2014)	En acogimiento residencial ($n = 30$); en riesgo social ($n = 33$); controles ($n = 89$)	$M = 15.7$ ($DT = 1.1$)	Intrapersonales Interpersonales Adaptabilidad Manejo del estrés Estado de ánimo Total IE	EQ-i	^b Tutelados vs. controles: Interpersonales - Relaciones interpersonales* Estado de ánimo - Felicidad**	-
Shenk, Putnam y Noll (2013)	Mujeres con HM ($n = 50$), controles ($n = 56$)	$M = 16.75$ ($DT = 1.1$) $M = 17.17$ ($DT = 1.23$)	DE	DERS	DE**	-
Shenk, Noll y Cassarly (2010)	Con HM ($n = 129$); controles ($n = 82$)	$M = 15.75$ ($DT = 1.11$) $DT = 1.11$	DE	DI	DE***	-

Nota. HM = Historia de maltrato; MF = Maltrato físico; RE = Regulación emocional; DE = Disregulación emocional; IE = Inteligencia emocional; DERS = The Difficulties in Emotion Regulation Scale; CRSQ = Children's Response Styles Questionnaire; ERQ = Emotion Regulation Questionnaire; EQ-i = Emotional Quotient Inventory; IBES = The Implicit Beliefs about Emotion Scale; CEMS = Children's Emotion Management Scales; DI = The Disregulation Inventory.

^a Conformado dos grupos en el estudio: adolescentes madres tuteladas en centros específicos de maternidad ($n = 18$) y adolescentes tuteladas en centros residenciales ($n = 17$); ^b Cuando los análisis se efectuaron en función del género, se identificaron diferencias significativas en todos los componentes y en IE global entre los grupos mencionados en población masculina, mientras que solo se hallaron diferencias significativas en manejo del estrés entre los grupos mencionados en población femenina. ^c El estudio también incluye un grupo control ($n = 10$) no registrado en la tabla por no proporcionar datos de interés para la presente revisión. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Relación entre maltrato infantil y habilidades emocionales

El 94.74% ($n = 18$) de los estudios correlacionales obtuvieron relaciones estadísticamente significativas entre el maltrato infantil y las habilidades analizadas. Concretamente, el 84.62% ($n = 11$) de los estudios que evaluaron globalmente la regulación o disregulación emocional obtuvieron correlaciones significativas (negativas en los índices de regulación y positivas en los índices de disregulación) de magnitud dispar que, siguiendo los criterios de interpretación de Sancho, González Such y Bakieva (2014), abarca un rango que incluye desde correlaciones bajas hasta correlaciones moderadamente altas ($r = .14 - r = .63$). Los estudios que evaluaron estrategias específicas de regulación emocional obtuvieron correlaciones positivas y significativas entre el maltrato y algunas estrategias: bajas en evitación ($r = .10$; $r = .17$), supresión ($r = .13$) y dificultades de regulación conductual ($r = .11$); entre bajas y moderadamente bajas en rumiación ($r = .13 - r = .34$) y en dificultades de expresividad emocional ($r = .21$; $r = .39$); moderadamente bajas en disregulación conductual ($r = .23$) y alexitimia ($r = .28$); y moderadas en rumiación y catastrofización analizadas conjuntamente ($r = .59$). Finalmente, uno de los dos estudios que analizaron la inteligencia emocional obtuvo una correlación negativa significativa moderadamente baja con el índice

global ($r = -.27$), mientras que el otro solo identificó correlaciones negativas significativas bajas con dos de sus componentes entre la población femenina: gestión emocional ($r = -.14$) y habilidades sociales ($r = -.13$).

El 81.82% ($n = 9$) de los estudios comparativos obtuvieron diferencias significativas entre los grupos con y sin historia de maltrato respecto a las habilidades de regulación emocional analizadas (disregulación emocional, inteligencia emocional y expresividad emocional disregulada). Concretamente, el 85.71% ($n = 6$) de los que analizaron índices globales de disregulación emocional detectaron diferencias entre los grupos. Entre estos, los dos estudios que analizaron el conjunto de estrategias específicas que componen el constructo hallaron diferencias significativas entre los grupos respecto a la impulsividad, la conciencia emocional, la capacidad para acceder a estrategias de regulación emocional y los niveles de claridad emocional, mientras que solo uno de ellos detectó diferencias significativas respecto a los niveles de aceptación emocional y la capacidad para perseguir y alcanzar metas en momentos de estrés emocional. Entre los dos estudios que analizaron la inteligencia emocional, uno de ellos se efectuó en población femenina y obtuvo diferencias significativas entre los niveles globales de IE entre las adolescentes tuteladas y las no tuteladas, mientras que el otro solo halló diferencias significativas

entre los niveles globales de IE de los tutelados y los controles en la población masculina. Respecto a los componentes específicos, el estudio efectuado en población femenina encontró diferencias significativas entre los grupos tutelados y los no tutelados en escalas relativas a todos los componentes: intrapersonal (autorealización), interpersonal (empatía y responsabilidad social), de adaptabilidad (resolución de problemas y prueba de realidad), de manejo del estrés (impulsividad) y del estado de ánimo (felicidad). Sin embargo, el otro estudio solo obtuvo diferencias significativas en la escala de felicidad y de relaciones interpersonales entre el grupo tutelado y el control, aunque éste halló algunas diferencias significativas en función del género, esencialmente, en población masculina. Todas las diferencias detectadas por los estudios comparativos señalaron que los grupos con historia de maltrato presentaban más dificultades respecto a las habilidades analizadas que los grupos sin historia de maltrato.

Relación diferencial entre los tipos de maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional

Entre los estudios que analizaron globalmente las experiencias de maltrato, el 90% ($n = 9$) obtuvieron relaciones significativas con las habilidades de regulación emocional, cuya magnitud fue entre moderadamente baja y moderada con los índices globales de disregulación emocional ($r = .24 - r = .57$), moderadamente alta con las estrategias de rumiación y catastrofización analizadas conjuntamente ($r = .59$), entre baja y moderadamente baja con la rumiación ($r = .13 - r = .34$), y baja con la supresión ($r = .13$) y la disregulación conductual ($r = .11$).

Entre los estudios que analizaron el MF de forma aislada, el 42.86% ($n = 3$) obtuvieron relaciones significativas con las habilidades de regulación emocional, siendo bajas o moderadamente bajas en todos los casos ($r = .11 - r = .30$). Entre los que analizaron el AS de forma aislada, el 57.14% ($n = 2$) obtuvieron relaciones significativas con las habilidades de regulación emocional, siendo bajas o moderadamente bajas en todos los casos ($r = .14 - r = .29$).

Por lo que respecta al ME, todos los estudios que lo analizaron de forma aislada ($n = 6$) obtuvieron relaciones significativas con las habilidades de regulación emocional, obteniendo magnitudes entre moderadamente bajas y moderadamente altas en su relación con la regulación o disregulación emocional general ($r = .25 - r = .63$), y moderadamente bajas en su relación con las dificultades de expresividad emocional ($r = .39$) y la rumiación ($r = .32$).

Por último, el 83.33% ($n = 5$) de los estudios que analizaron la negligencia obtuvieron relaciones significativas con las habilidades de regulación emocional. Esta forma de maltrato fue clasificada por algunos estudios en negligencia física y emocional, y ejercida por la figura materna o paterna. Los dos estudios que analizaron la negligencia de forma general no hallaron correlaciones significativas en su relación con los índices globales de regulación o disregulación emocional. Los dos estudios que analizaron la NF, en cambio, hallaron correlaciones significativas con la disregulación emocional de magnitud entre moderadamente baja y moderada ($r = .25 - .49$). Respecto a la NE, se obtuvieron correlaciones significativas en uno de los tres estudios que la evaluaron, siendo moderada con las estrategias funcionales de regulación emocional ($r = -.44$)

y moderadamente baja con las estrategias disfuncionales de regulación emocional ($r = .28$). Finalmente, en el estudio que distinguió entre la negligencia ejercida por la figura paterna y la ejercida por la figura materna, solo la negligencia ejercida por la figura materna correlacionó significativamente con la alexitimia, cuya magnitud fue moderadamente baja ($r = .28$).

El papel de las habilidades de regulación emocional sobre las problemáticas asociadas al maltrato

El 73.68% ($n = 14$) de los estudios correlacionales emplearon modelos de mediación para conocer si parte de las relaciones que demostraron ser significativas entre el maltrato infantil y las problemáticas analizadas por estos estudios podía ser explicada a través de las habilidades de regulación emocional. Entre estos estudios, el 92.86% ($n = 13$) obtuvieron que la capacidad mediadora de las habilidades de regulación emocional era significativa a través de intervalos de confianza o del valor p .

El 38.46% ($n = 5$) de los estudios que obtuvieron resultados significativos en los modelos de mediación analizaron las autolesiones como problemática asociada al maltrato, tres de los cuales obtuvieron que la disregulación emocional mediaba significativamente la relación entre el maltrato analizado globalmente y la presencia ($n = 1$) o frecuencia ($n = 2$) de autolesiones, uno mostró que la disregulación emocional mediaba significativamente la relación entre el AS y la frecuencia de autolesiones, y el último obtuvo que los bajos niveles de expresividad emocional mediaban la relación entre el ME y la frecuencia de autolesiones. El 30.77% ($n = 4$) de los estudios analizó la sintomatología internalizada como problemática asociada al maltrato, obteniendo que la disregulación emocional mediaba significativamente la relación entre el maltrato y la sintomatología depresiva ($n = 1$), la disregulación emocional mediaba significativamente la relación entre el MF y ME ejercido por la figura materna y la sintomatología depresiva (así como la relación entre el MF y el ME ejercido por la figura materna y la sintomatología depresiva solo en los varones) ($n = 1$), la evitación mediaba significativamente la relación entre el maltrato por acción (MF y AS) y la sintomatología depresiva y de estrés postraumático ($n = 1$), y la disregulación conductual mediaba significativamente la relación entre el maltrato y la sintomatología internalizada en general ($n = 1$). Finalmente, entre los estudios que efectuaron modelos de mediación restantes (38.46%; $n = 5$), cada uno de ellos analizó problemáticas distintas (psicopatología, sintomatología externalizada, motivos de consumo, trastornos de la conducta alimentaria y adicción al móvil), donde la rumiación medió significativamente la relación entre el maltrato y la psicopatología ($n = 1$), la disregulación conductual medió significativamente la relación entre el maltrato y la sintomatología externalizada ($n = 1$), la disregulación emocional medió significativamente la relación entre el ME y dos motivos de consumo (expansión y mejora) ($n = 1$), las estrategias disfuncionales de regulación emocional mediaron significativamente la relación entre el ME y los trastornos de la conducta alimentaria ($n = 1$), y la inteligencia emocional medió significativamente la relación que establecen el ME y la negligencia con la adicción al móvil ($n = 1$).

Del 26.32% de los estudios correlacionales que no analizaron modelos de mediación, dos emplearon modelos de regresión múltiple, indicando que el MF interaccionó significativa-

mente con la empatía al predecir las ideaciones suicidas de las mujeres ($n = 1$), y que la disregulación emocional por sí sola predijo una proporción significativa de la varianza en la ira, la ansiedad, la depresión, la disociación y el trastorno por estrés postraumático en las mujeres con historia de maltrato ($n = 1$).

El 36.36% ($n = 4$) de los estudios comparativos evaluaron el papel de las habilidades de regulación emocional en las problemáticas asociadas al maltrato (disociación, agresión reactiva, sintomatología internalizada, atribución personal de los eventos negativos y percepción negativa de las relaciones interpersonales). Entre éstos, dos estudios emplearon modelos de regresión múltiple, obteniendo que la disregulación emocional predecía significativamente mayores niveles de disociación en aquellos con historia de maltrato ($n = 1$) y que la historia de maltrato interaccionaba significativamente con las creencias de control emocional al predecir los altos niveles de agresividad reactiva ($n = 1$). Otro estudio analizó un modelo de mediación, a través del cual observaron que la disregulación emocional mediaba significativamente la relación entre el maltrato y la sintomatología internalizada (depresiva y de estrés postraumático). Por último, el estudio restante consideró, a través de un MANOVA, la expresividad emocional disregulada como covariable (junto con el apego seguro) al comparar un grupo con historia de maltrato con dos grupos sin historia de maltrato (con antecedentes traumáticos y controles), obteniendo que las diferencias identificadas entre el primer grupo y los demás respecto a algunas problemáticas (atribución personal de los eventos negativos y percepción negativa de las relaciones sociales) desaparecían al controlar los efectos de la expresividad emocional disregulada y el apego seguro.

Discusión

La mayoría de los estudios revisados revelaron relaciones significativas entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en adolescentes. Concretamente, el 94.74% de los estudios correlacionales obtuvieron resultados significativos al relacionar ambas variables, mientras que el 81.82% de los estudios comparativos hallaron diferencias significativas al comparar las habilidades de regulación emocional de los grupos clasificados en función de la historia de maltrato. El hecho de que la prevalencia de estudios comparativos que aportaron resultados significativos sea ligeramente inferior a la de los estudios correlacionales podría deberse a que los análisis comparativos implican una evaluación del maltrato en función de su exposición al comparar grupos con y sin historia de maltrato. En cambio, la mayor parte de los estudios correlacionales evaluó el maltrato en base a su severidad, siendo la severidad del maltrato un elemento crucial para el análisis de su impacto (Petrenko, Friend, Garrido, Taussig, & Culhane, 2012). Otra posible explicación sería que los análisis comparativos pueden ser menos específicos a la hora de relacionar las variables de interés, teniendo en cuenta que la presencia o ausencia de diferencias entre los grupos podrían atribuirse a otros factores diferentes a la historia de maltrato (p. ej., situación administrativa y medida protectora de los grupos con historia de maltrato). Asimismo, cabe destacar que el único estudio correlacional que no presentó resultados significativos reveló que la disregulación emocional predecía, por sí misma, una proporción significativa de la varianza de determinadas problemáticas (ira,

ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático) en adolescentes mujeres con historia de maltrato, evidenciando la relevancia de las habilidades de regulación emocional en esta población (Sundermann & DePrince, 2015).

La mayoría de los estudios tienden a evaluar la relación que establece el maltrato infantil con las habilidades de regulación emocional de los adolescentes a través de índices globales de regulación o disregulación emocional analizados, principalmente, desde la conceptualización de Gratz y Roemer (2004). Cuando esta relación se analizó globalmente sin discriminar entre tipologías de maltrato y estrategias específicas los resultados fueron significativos. Sin embargo, cuando se analizaron tipologías de maltrato y estrategias de regulación específicas, el grado de significación y la magnitud de la relación es dispar, lo que confirmaría la existencia de una relación diferencial entre las diferentes tipologías de maltrato y las habilidades de regulación emocional. Sin embargo, la heterogeneidad conceptual y operativa al evaluar las estrategias específicas de regulación emocional dificultaron la identificación de un patrón sólido, respecto a su relación con el maltrato.

A grandes rasgos, se aprecia que las correlaciones de mayor magnitud se obtuvieron cuando se analizaron índices globales de disregulación emocional y estrategias desadaptativas de regulación emocional conjuntamente (catastrofización y rumiación). Este hallazgo podría llevar a pensar en la posible relación inespecífica entre el maltrato y las dificultades de regulación emocional, cuya relación es más fuerte cuando las estrategias se analizan conjuntamente. Sin embargo, respecto a las estrategias que se analizaron de forma aislada también se observó un cierto patrón entre los resultados. Concretamente, mientras que el maltrato se relacionó significativamente con todas las estrategias desadaptativas de regulación (rumiación, supresión, evitación y disregulación conductual), su relación con las dificultades en el uso de estrategias adaptativas fue inexistente (p. ej., reevaluación cognitiva, uso creativo de las emociones, estrategias de afrontamiento) o inconsistente entre los estudios (p. ej., aceptación emocional, realización de conductas dirigidas a metas en situaciones de estrés emocional). Esto podría indicar, en la línea de lo que argumentaron Weissman et al. (2019), que el maltrato contribuye en mayor medida al desarrollo de estrategias desadaptativas de regulación emocional que a las dificultades en el uso de estrategias de regulación adaptativas. Cabría destacar también los hallazgos de McLaughlin et al. (2015), quienes indicaron que el uso de estrategias adaptativas (reevaluación cognitiva) requeriría de un mayor esfuerzo (en términos de activación neuronal) en los adolescentes con historia de maltrato que en los que no habían sufrido malos tratos, lo que contribuiría a la necesidad de recurrir a otros mecanismos de regulación menos adaptativos. En cualquier caso, serían necesarias más investigaciones que exploraran estrategias específicas de regulación emocional (tanto adaptativas como desadaptativas) para confirmar esta tendencia, pues son pocos los estudios que las analizaron por separado y la relación que cada una de ellas estableció con el maltrato fue baja o moderadamente baja en todos los casos.

Respecto a las tipologías de maltrato, el ME fue la forma de maltrato respecto a la que se obtuvieron resultados más consistentes entre los estudios. Todos los estudios que la analizaron de forma aislada obtuvieron resultados significativos respecto a su relación con las dificultades de regulación

emocional. Asimismo, las correlaciones de mayor magnitud también fueron obtenidas respecto a esta forma de maltrato, sobre todo en su relación con la disregulación emocional. En el ME las experiencias emocionales son ignoradas o invalidadas (Waller, Corstorphine, & Mountford, 2007). De modo que, tal y como señalaron Waller et al. (2007), las estrategias desadaptativas podrían considerarse mecanismos adaptativos en un ambiente emocionalmente disfuncional, y su desarrollo podría suponer la forma más segura de gestionar el afecto en un ambiente caótico y abusivo, reduciendo la angustia y el rechazo de los progenitores.

Los resultados obtenidos respecto a la negligencia también parecen tener una alta consistencia entre los estudios que la analizaron de forma aislada. Concretamente, ésta parece estar más asociada al escaso desarrollo de las habilidades adaptativas que al uso de estrategias desadaptativas, tal y como sugirieron Mills, Newman, Cossar y Murray (2015). Este tipo de maltrato difiere de los demás en que se caracteriza por la omisión de determinados comportamientos necesarios para el correcto desarrollo, lo que conllevaría una privación de los elementos necesarios para aprender a gestionar adecuadamente las emociones, más que el desarrollo de mecanismos desadaptativos para afrontar situaciones abusivas. Sin embargo, los dos únicos estudios que analizaron tanto la NE como la NF de forma aislada solo obtuvieron resultados significativos para la NF en su relación directa con la disregulación emocional. Estos hallazgos evidencian el impacto diferencial de los tipos de negligencia sobre las estrategias de regulación emocional y, por tanto, la necesidad de explorarlas por separado.

Menor consistencia en los resultados fue observada en los estudios que analizaban la relación entre el MF y/o el AS y habilidades de regulación emocional. Concretamente, estos tipos de maltrato se han relacionado significativamente con la evitación, así como con la rumiación que ha sido conceptualizada como una forma de evitación cognitiva (O'Mahen, Karl, Moberly, & Fedock, 2015). En base a estos hallazgos podría formularse la hipótesis de que las tipologías de maltrato por contacto podrían estar más asociadas a estrategias de tipo evitativo, en la línea de lo que sugirieron Milojevich et al. (2019). Sin embargo, cabe tener en cuenta que estas relaciones fueron bajas o moderadamente bajas en todos los casos. Estos resultados difieren de los obtenidos en población infantil en los que el MF y el AS fueron los dos únicos tipos de maltrato con un impacto significativo sobre los niveles de disregulación emocional (Kim & Cicchetti, 2010). Por otro lado, los resultados obtenidos respecto a estas dos formas de maltrato podrían indicar que las mujeres podrían ser más sensibles a los efectos del AS y del MF, tal y como ya afirmaron algunos autores (Ibarra-Alcantar, Ortiz-Guzmán, Alvarado-Cruz, Graciano-Morales, & Jiménez-Genchi, 2010). Concretamente, el AS parece contribuir en mayor medida a los niveles de disregulación emocional en las mujeres y el MF solo se relacionó significativamente con las habilidades sociales y de gestión emocional en población femenina (Chaplo et al., 2015; Kwok, Yeung, Low, Lo, & Tam, 2015). Otro aspecto destacable es que los estudios que no aportaron resultados significativos respecto al MF se efectuaron en población clínica (Barahmand, Khazaei, & Hashjin, 2016; Goulter, Moretti, del Casal, & Dietterle, 2019; Lüdtke, In-Albon, Michel, & Schmid, 2016; Thomassin, Shaffer, Madden, & Londino, 2016) mientras que los que sí lo hicieron

se centraron en población general (Heleniak et al., 2016) o procedente de justicia juvenil (Nederlof, van der Ham, Dingemans, & Oei, 2010). Sin embargo, serían necesarios más estudios para considerar esta observación una tendencia sólida.

Volviendo a los hallazgos relacionados con el género, Oriol et al. (2014) detectaron mayores déficits de inteligencia emocional en los adolescentes institucionalizados varones que en las mujeres de la misma población. Asimismo, a diferencia de las mujeres, los adolescentes institucionalizados varones presentaron niveles significativamente inferiores respecto a los controles en numerosas competencias socioemocionales (p. ej., resolución de problemas, prueba de realidad, autoconcepto, optimismo) e incluso en los niveles globales de inteligencia emocional. Estos hallazgos sugirieron que los adolescentes de población masculina institucionalizados por una situación de maltrato tienden a sufrir mayores repercusiones que sus iguales de población femenina en las competencias socioemocionales, en parte, por presentar mayores dificultades de adaptación a las nuevas circunstancias. Sin embargo, Zárate-Alva y Sala-Roca (2019) en adolescentes de población femenina también obtuvieron que las institucionalizadas presentaron niveles significativamente inferiores en los niveles globales de inteligencia emocional y en numerosas competencias (empatía, prueba de realidad, resolución de problemas, felicidad e impulsividad). Cabe destacar que estos estudios evaluaron la inteligencia emocional desde el modelo de Bar-On (1997), que incluye dimensiones estables próximas a la personalidad y que, por tanto, no todas las competencias mencionadas corresponden estrictamente a habilidades de regulación emocional.

Los estudios longitudinales revelaron que la historia de maltrato no se relaciona con el uso creciente de estrategias desadaptativas en el transcurso de la adolescencia (Heleniak et al., 2016; Weissman et al., 2019). Sin embargo, aunque se mantienen estables, algunas como la disregulación conductual siguieron prediciendo niveles crecientes de sintomatología durante esta etapa hasta llegar a la edad adulta (Heleniak et al., 2016). En esta línea, Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer (2010) observaron que algunas estrategias como la supresión emocional tenía mayor impacto sobre la psicopatología de los adultos que de los adolescentes. Sin embargo, Moretti y Craig (2013) detectaron relaciones concurrentes y longitudinales entre el maltrato y la disregulación emocional durante la adolescencia, pero no cuando alcanzaron la edad adulta.

El agente que promueve el maltrato también parece ser un factor crucial. Algunos tipos de maltrato demostraron repercutir sobre ciertas habilidades emocionales de los adolescentes cuando éstos habían sido ejercidos por la figura materna. En este sentido, Lüdtke, In-Albon, Michel y Schmid (2016) observaron que solo la negligencia ejercida por la figura materna contribuía al desarrollo de la alexitimia (dificultades de identificación, descripción y expresión emocional). Una razón podría ser el papel principal de las madres como cuidadoras tal y como argumentaron Ronsenthal y Kobak (2010). Estos autores identificaron a las madres como fuentes primarias de apoyo emocional en la infancia, cuyo rol se extiende hasta la edad adulta temprana. Moretti y Craig (2013), en adolescentes procedentes de justicia juvenil o con conductas de riesgo, también observaron que el ME materno tenía un impacto significativo sobre la disregulación emocional de los adolescentes en general, mientras que el ejercido por la figura paterna solo tenía

impacto en los chicos. En esta línea, Baldry y Winkel (2004), en adolescentes de población general, ya detectaron una mayor afectación del abuso paterno sobre los hijos adolescentes en comparación con las hijas, lo que sugiere la existencia de un patrón de género entre la figura agresora y las víctimas que podría interceder en la relación.

Los estudios que analizaron el papel de las habilidades emocionales en la relación entre las formas de maltrato infantil y las problemáticas asociadas en adolescentes confirmaron su efecto mediador. Este hallazgo sugiere que los déficits de regulación emocional representan correlatos transdiagnósticos de psicopatologías y otras problemáticas en los adolescentes con historia de maltrato. Entre los estudios revisados predomina el análisis de la disregulación emocional como posible mediadora de la relación que establece el maltrato con las autolesiones y con la sintomatología internalizada. Esta tendencia es congruente con la literatura que pone de relieve la relación inespecífica entre el maltrato y la psicopatología a través de la sintomatología internalizada y externalizada (Duprey et al., 2019; Keyes et al., 2012) y que concibe las autolesiones como una estrategia desadaptativa de regulación emocional en personas que han crecido en entornos invalidantes (Guérin-Marion, Martin, Lafontaine, & Bureau, 2020; Linehan, 1993). Finalmente, la negligencia fue la única forma de maltrato en la que no se presentaron resultados mediadores significativos. Concretamente, los estudios revisados que la evaluaron no observaron un impacto significativo de esta forma de maltrato sobre las variables psicopatológicas analizadas en los adolescentes (Mills et al., 2015; Milojevich et al., 2019). Una razón podría ser su escasa relación con el uso de estrategias desadaptativas, siendo estas últimas las que contribuyen en mayor medida al desarrollo de psicopatologías (Aldao et al., 2010).

En síntesis, los resultados revisados confirman la relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional de los adolescentes, así como la relevancia de estas últimas en el desarrollo de las problemáticas asociadas al maltrato. Estos hallazgos ponen de relieve la importancia de abordar las estrategias emocionales en quienes han sufrido experiencias de maltrato durante esta etapa crítica del desarrollo a fin de prevenir las consecuencias negativas del maltrato. Sin embargo, esta relación se ve afectada por múltiples variables que deben tenerse en cuenta (p. ej., tipo de maltrato, género, agente del maltrato) y existen algunas inconsistencias respecto a algunos tipos de maltrato (p. ej., MF y AS) que señalan la necesidad de seguir explorando la relación con las habilidades de regulación emocional. Los resultados también indican la necesidad de profundizar en el análisis de las estrategias específicas afectadas por el maltrato, pues la mayoría de las investigaciones analizaron medidas globales de disregulación emocional y las que evaluaron estrategias específicas lo hicieron desde conceptualizaciones teóricas y operativas dispares. También se ha detectado una falta de investigaciones dirigidas a evaluar la relación entre las experiencias de maltrato y la inteligencia emocional desde un modelo de habilidad, teniendo en cuenta que éste ofrece la posibilidad de analizar un conjunto de habilidades exhaustivas para medir las estrategias de regulación emocional a través de componentes susceptibles de ser desarrollados mediante un abordaje terapéutico.

La presente revisión cuenta con una serie de limitaciones. En primer lugar, la heterogeneidad metodológica detectada

entre los estudios no permitió identificar en todos ellos índices que permitieran establecer comparaciones sobre la magnitud de los resultados revisados a través de medidas estandarizadas del tamaño del efecto (p. ej., d de Cohen, η^2), recorriendo así al análisis de medidas correlacionales que podrían verse condicionadas por el tamaño de la muestra analizada en cada caso. Por otro lado, la variabilidad metodológica a la hora de analizar el maltrato (p. ej., retrospectivo, prospectivo, en base a su severidad, en base a su exposición) también podría interferir en los resultados, teniendo en cuenta que las vivencias retrospectivas de las experiencias de maltrato pueden verse alteradas en el transcurso de los años (Newbury et al., 2018) y que resulta especialmente relevante conocer la severidad del maltrato para analizar su impacto (Petrenko et al., 2012). Cabe tener en cuenta también que el sesgo de publicación podría incidir en la prevalencia de estudios con resultados significativos obtenida en la revisión. Por otro lado, algunos estudios efectuados en población no específica no aportaron datos respecto a la proporción de participantes con historia de maltrato, lo que impidió registrar este dato de especial relevancia. Por último, existen algunos elementos que podría ser interesante tener en cuenta en futuras investigaciones. Uno de ellos hace referencia a la violencia intrafamiliar o de pareja como tipología de maltrato y el otro a la acumulación o combinación de diversos tipos de maltrato, que no fueron analizados en la presente revisión por no tener suficiente representatividad entre los estudios revisados.

A pesar de las limitaciones señaladas, la presente revisión pretende ofrecer una guía que permita orientar tanto en el campo de la investigación como en la práctica clínica. Por un lado, se exponen los elementos que deberían tenerse en cuenta desde el campo de la investigación a la hora de seguir analizando y profundizando en la relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional de los adolescentes. Por otro lado, se pone de relevancia la necesidad de promover las estrategias de regulación emocional como objetivo terapéutico en adolescentes, aportando información sobre las particularidades de la relación en función de los elementos mencionados a lo largo de la revisión que pueden ser de utilidad para la práctica clínica.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Balan, R., Dobrea, A., Roman, G. D., & Balazsi, R. (2016). Indirect effects of parenting practices on internalizing problems among adolescents: The role of expressive suppression. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 40–47. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0532-4>

- Baldry, A. C., & Winkel, F. (2004). Mental and physical health of Italian youngsters directly and indirectly victimized at school and at home. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3(1), 77–91. <https://doi.org/10.1080/14999013.2004.10471198>
- Barahmand, U., Khazae, A., & Hashjin, G. S. (2016). Emotion dysregulation mediates between childhood emotional abuse and motives for substance use. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 653–659. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.007>
- Barbosa, J. T., Quarti, T., Werlang, B., Tielle, M. L., & De Lima, I. I. (2013). Childhood maltreatment and psychological adjustment: A systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 815–824. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427422>
- Beauchaine, T. P. (2015). Future directions in emotion dysregulation and youth psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(5), 875–896. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038827>
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960–970. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., & Cifré, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: Implicaciones clínicas. *Clinica y Salud*, 25(1), 67–74. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70028-3](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70028-3)
- Cha, C. B., & Nock, M. K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 422–430. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f44>
- Chaplo, S. D., Kerig, P. K., Bennett, D. C., & Modrowski, C. A. (2015). The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice-involved youth. *Journal of Trauma and Dissociation*, 16(3), 272–285. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989647>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 1, 409–438. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>
- Cicchetti, Dante, & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6–20. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75(2), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., ... Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939–991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Davies, C. D., Niles, A. N., Pittig, A., Arch, J. J., & Craske, M. G. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.08.002>
- Duprey, E. B., Oshri, A., & Liu, S. (2019). Developmental pathways from child maltreatment to adolescent suicide-related behaviors: The internalizing and externalizing comorbidity hypothesis. *Development and Psychopathology*, 1–15. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000919>
- Ernst, M., & Fudge, J. L. (2009). A developmental neurobiological model of motivated behavior: Anatomy, connectivity and ontogeny of the triadic nodes. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(3), 367–382. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.10.009>
- Gouler, N., Moretti, M. M., del Casal, J. M., & Dieterle, P. (2019). Attachment insecurity accounts for the relationship between maternal and paternal maltreatment and adolescent health. *Child Abuse and Neglect*, 96. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104090>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Guérin-Marion, C., Martin, J., Lafontaine, M. F., & Bureau, J. F. (2020). Invalidating caregiving environments, specific emotion regulation deficits, and non-suicidal self-injury. *Child Psychiatry and Human Development*, 51(1), 39–47. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00908-2>
- Heleniak, C., Jenness, J. L., Vander Stoep, A., McCauley, E., & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: A transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 394–415. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9735-z>
- Herzog, J. I., & Schmahl, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, Vol. 9, pp. 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00420>
- Howard, R., Karatzias, T., Power, K., & Mahoney, A. (2017). From childhood trauma to self-harm: An investigation of theoretical pathways among female prisoners. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(4), 942–951. <https://doi.org/10.1002/cpp.2058>
- Ibarra-Alcantar, M. C., Ortiz-Guzmán, J. A., Alvarado-Cruz, F. J., Graciano-Morales, H., & Jiménez-Genchi, A. (2010). Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud Mental*, 33(4), 317–324.
- Jaffee, S. R. (2017). Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 525–551. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005>
- John, S. G., Cisler, J. M., & Sigel, B. A. (2017). Emotion regulation mediates the relationship between a history of child abuse and current PTSD/depression severity in adolescent females. *Journal of Family Violence*, 32(6), 565–575. <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9914-7>
- Johnson, E. J., & James, C. (2016). Effects of child abuse and neglect on adult survivors. *Early Child Development and Care*, 186(11), 1836–1845. <https://doi.org/10.1080/03004430.2015.1134522>
- Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., McLaughlin, K. A., Wall, M. M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 200(2), 107–115. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093062>
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706–716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x> Longitudinal

- Kwok, S. Y. C. L., Yeung, J. W. K., Low, A. Y. T., Lo, H. H. M., & Tam, C. H. L. (2015). The roles of emotional competence and social problem-solving in the relationship between physical abuse and adolescent suicidal ideation in China. *Child Abuse and Neglect*, 44, 117–129. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.020>
- LeMoult, J., Humphreys, K. L., King, L. S., Colich, N. L., Price, A. N., Ordaz, S. J., & Gotlib, I. H. (2018). Associations among early life stress, rumination, symptoms of psychopathology, and sex in youth in the early stages of puberty: A moderated mediation analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 199–207. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0430-x>
- Lüdtke, J., In-Albon, T., Michel, C., & Schmid, M. (2016). Predictors for DSM-5 nonsuicidal self-injury in female adolescent inpatients: The role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. *Psychiatry Research*, 239, 346–352. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.026>
- McLaughlin, K. A., Peverill, M., Gold, A. L., Alves, S., & Sheridan, M. A. (2015). Child maltreatment and neural systems underlying emotion regulation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(9), 753–762. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.06.010>
- Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse and Neglect*, 39, 156–166. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.011>
- Milojevich, H. M., Levine, L. J., Cathcart, E. J., & Quas, J. A. (2018). The role of maltreatment in the development of coping strategies. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 54, 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2017.10.005>
- Milojevich, H. M., Norwalk, K. E., & Sheridan, M. A. (2019). Deprivation and threat, emotion dysregulation, and psychopathology: Concurrent and longitudinal associations. *Development and Psychopathology*, 31(3), 847–857. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000294>
- Moretti, M. M., & Craig, S. G. (2013). Maternal versus paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescence to early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 37(1), 4–13. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.09.015>
- Moretti, M. M., & Peled, M. (2004). Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development. *Paediatrics and Child Health*, 9(8), 551–555. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.551>
- Nederlof, E., van der Ham, A., Dingemans, P., & Oei, K. (2010). The relation between dimensions of personality and personality pathology and offence type and severity in juvenile delinquents. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 21(5), 711–720. <https://doi.org/10.1080/14789949.2010.483284>
- Newbury, J. B., Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Danese, A., Baldwin, J. R., & Fisher, H. L. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.09.020>
- O'Mahen, H. A., Karl, A., Moberly, N., & Fedock, G. (2015). The association between childhood maltreatment and emotion regulation: Two different mechanisms contributing to depression? *Journal of Affective Disorders*, 174, 287–295. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.028>
- Oriol, X., Sala-Roca, J., & Filella, G. (2014). Emotional competences of adolescents in residential care: Analysis of emotional difficulties for intervention. *Children and Youth Services Review*, 44, 334–340. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.06.009>
- Petrenko, C. L. M., Friend, A., Garrido, E. F., Taussig, H. N., & Culhane, S. E. (2012). Does subtype matter? Assessing the effects of maltreatment on functioning in preadolescent youth in out-of-home care. *Child Abuse and Neglect*, 36(9), 633–644. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.956839>
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417–463. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(00\)00014-2](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(00)00014-2)
- Sundermann, J. M., & DePrince, A. P. (2015). Maltreatment characteristics and emotion regulation (ER) difficulties as predictors of mental health symptoms: Results from a community-recruited sample of female adolescents. *Journal of Family Violence*, 30(3), 329–338. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9656-8>
- Thomassin, K., Shaffer, A., Madden, A., & Londino, D. L. (2016). Specificity of childhood maltreatment and emotion deficit in nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of youth. *Psychiatry Research*, 244, 103–108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.050>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition, the development of emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Waller, G., Corstorphine, E., & Mountford, V. (2007). The role of emotional abuse in the eating disorders: Implications for treatment. *Eating Disorders*, 15(4), 317–331. <https://doi.org/10.1080/10640260701454337>
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899–915. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000348>
- Zárate-Alva, N. E., & Sala-Roca, J. (2019). Socio-emotional skills of girls and young mothers in foster care. *Children and Youth Services Review*, 100, 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.02.036>

3.2. Segundo artículo. *Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales*

Bonet, C., Palma, C., y Gimeno-Santos, M. (2020). Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 30-37. <https://doi.org/10.21134/rpcna.07.1.4>

Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales

Cristina Bonet, Carol Palma, & Mercè Gimeno-Santos

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, España

Resumen

Durante décadas la literatura ha evidenciado las múltiples repercusiones psicológicas y emocionales que conlleva el maltrato en la infancia. El presente estudio tiene como objetivo describir y analizar la relación entre el riesgo de suicidio, la inteligencia emocional percibida (IEP) y las necesidades psicológicas básicas (NPB) de los adolescentes tutelados en centros. La muestra se compuso por 61 adolescentes tutelados (el 50,82% eran varones) de entre 12 y 17 años ($M = 14,61$; $DT = 1,61$) acogidos en centros residenciales de la provincia de Barcelona. Se administró una batería de cuestionarios que incluía datos demográficos y escalas de inteligencia emocional, riesgo de suicidio y grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas. Veintiséis adolescentes (42,6%) presentaron altos niveles de riesgo suicida. Se objetivaron correlaciones significativas entre el riesgo de suicidio, la inteligencia emocional percibida (Atención, Claridad y Reparación) y las necesidades psicológicas básicas (Autonomía, Competencia y Relación). Su principal necesidad psicológica fue la de Competencia que, al mismo tiempo, demostró ser la que mantiene una relación inversa más estrecha con el suicidio. Los adolescentes tutelados en centros residenciales presentan indicadores de riesgo de suicidio que deben ser abordados, entre los que destaca una marcada dificultad para afrontar las emociones. La inteligencia emocional podría ser un factor protector ante el riesgo de suicidio en este colectivo.

Palabras clave: riesgo de suicidio; inteligencia emocional; adolescentes tutelados.

Abstract

Suicide risk, emotional intelligence and basic psychological needs in adolescents in residential care. For decades the literature has demonstrated multiple psychological and emotional implications resulting from maltreatment in childhood. The present study aims to describe and analyze the relationship between suicide risk, perceived emotional intelligence (PEI) and the basic psychological needs (BPN) of adolescents in residential care. The sample was consisted of 61 adolescents (50,82% were boys) aged between 12 and 17 years ($M = 14,61$; $DT = 1,61$) living in residential care centers in the province of Barcelona. A series of questionnaires was administered that included demographic data and PEI, suicide risk and BPN's satisfaction scales. Twenty-six adolescents (42,6%) reported high levels of suicide risk. Significant correlations were found between suicide risk, PEI (Attention, Clarity and Repair) and BPN (Autonomy, Competence and Relatedness). Competence was their main psychological need, which proved to be the one with the closest inverse relationship with suicide risk. Adolescents in residential care present suicide risk indicators that must be addressed, notably their marked difficulty in dealing with emotions. Emotional intelligence may be a protective factor against suicide risk in this group.

Keywords: suicide risk; emotional intelligence; adolescents in care.

Durante décadas el maltrato en la infancia ha sido asociado a numerosas problemáticas que afectan a diferentes áreas del desarrollo (Barbosa, Quarti, Werlang, Tiellet, & De Lima, 2013; Herzog & Schmahl, 2018). En España, las cifras de maltrato infantil han ido en constante aumento desde que existe el

Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI). Los últimos datos disponibles indican que en 2017 se registraron más de dieciséis mil notificaciones de algún tipo de maltrato, cifra que supera todas las anteriores llegando casi a duplicar aquellas que se recogieron cinco años atrás (Ministerio de Sanidad, Con-

Correspondencia:

Cristina Bonet Mas.

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, España.
C/ Cister, 34, Barcelona (08022), España.

E.mail: cristinabm9@blanquerna.url.edu

sumo y Bienestar Social, 2018). En consecuencia, el número de tuteladas asumidas por las entidades públicas competentes también se ha visto incrementado, siendo Andalucía y Cataluña las comunidades que ostentan mayores cifras (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018).

Las personas con una historia de maltrato en la infancia suelen presentar dificultades de regulación emocional que, a su vez, contribuyen al posterior desarrollo de sintomatología internalizante y externalizante (Kim & Cicchetti, 2010). El grado de afectación está relacionado con el tipo de maltrato y su severidad. En este sentido, la negligencia, el maltrato físico y el abuso sexual parecen conllevar repercusiones más significativas (Kim & Cicchetti, 2010). Los menores tutelados por la administración tras haber sido víctimas de malos tratos tienden a presentar niveles de psicopatología clínicamente significativos (Camps-Pons, Castillo-Garayo, & Cifre, 2018) y ciertas conductas de riesgo entre las que destacan los comportamientos suicidas (Leslie et al., 2010). La medida protectora bajo la que se encuentran también constituye un factor crucial. Los niños y adolescentes institucionalizados tienen entre tres y siete veces más probabilidad de sufrir problemáticas emocionales y conductuales que aquellos acogidos en familia (Fawzy & Fouad, 2010; Simsek et al., 2007). Al mismo tiempo, la prevalencia tanto de ideaciones como de tentativas suicidas entre este colectivo duplica la de aquellos acogidos en familia extensa, quienes ostentan las menores tasas (Taussig, Harpin, & Maguire, 2014).

El suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018), llegando a producir el doble de muertes que los accidentes de tráfico. Siguiendo con estos datos, en 2017 las muertes por suicidio aumentaron un 3.1% respecto al año anterior, lo que constituye la tercera cifra más alta desde 1990. El último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) situó a los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años en el foco interés al componer la franja de edad más afectada por el incremento de las tasas a nivel mundial. En España, para este colectivo, el suicidio es la segunda causa de muerte (INE, 2018). A pesar de la creciente tendencia a explorar el comportamiento suicida en población joven, pocos estudios se han centrado específicamente en aquellos de especial riesgo como los que han sido atendidos por el sistema de protección (Evans et al., 2017).

Evans et al. (2017), en su revisión de la literatura, observaron que las tasas de ideación y tentativas suicidas en menores tutelados duplican y triplican respectivamente aquellas obtenidas en población general. Taussig et al. (2014), por su parte, observaron que aquellos con una historia de maltrato físico o abuso sexual tienen más probabilidad de experimentar ideaciones suicidas en comparación con otras formas de maltrato. Respecto al tiempo de institucionalización los resultados son más confusos. Mientras que algunos autores hablan de una relación directa entre el tiempo de institucionalización y los comportamientos suicidas (Taussig et al., 2014), otros no identificaron esta relación (Katz et al., 2011).

La teoría del *psychache* (Shneidman, 1993) sugiere concebir el suicidio como la forma de escapar de un dolor mental intolerable. Desde esta perspectiva, la dinámica hacia el suicidio consiste en una experiencia introspectiva caracterizada por intensas emociones negativas que surgen cuando la persona no

tiene cubiertas sus necesidades psicológicas vitales (Shneidman, 1993). Se ha demostrado que, cuando el *psychache* está estadísticamente controlado, ciertas variables como la desesperanza o la depresión dejan de ejercer un impacto significativo sobre el suicidio (Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001). Al mismo tiempo, un estudio reveló que las habilidades para regular esta experiencia de dolor mental permiten modular la relación entre la propia experiencia y las ideaciones suicidas (Shelef, Fruchter, Hassidim, & Zalsman, 2015), incidiendo en la relevancia de gestionar adecuadamente los estados emocionales para prevenir el suicidio.

En los últimos años, el estudio de las habilidades para gestionar las propias emociones ha ganado terreno en el campo del suicidio (Eaddy et al., 2018). La desregulación emocional ha demostrado incidir tanto en el desarrollo de ideaciones suicidas (Rajappa et al., 2012) como en las tentativas (Gratz & Roemer, 2008). En esta línea, Cha y Nock (2009) observaron que la inteligencia emocional constituye un factor protector tanto para las ideaciones como para las tentativas suicidas en una muestra clínica de adolescentes, moderando incluso los efectos del trauma infantil. Un aspecto importante de la inteligencia emocional es la capacidad para reflexionar acerca de las propias emociones. La experiencia de meta-conocimiento sobre nuestras habilidades emocionales, denominada inteligencia emocional percibida (IEP; Salovey, Bedell, Detweiler, & Mayer, 1999), se ha asociado, entre otros, a un mayor bienestar subjetivo (Páez, Fernández, Campos, Zubieta, & Casullo, 2006). Un estudio reciente observó que los bajos niveles en claridad y reparación emocional se asocian a un alto riesgo de suicidio en estudiantes españoles (Gómez-Romero, Limonero, Toro Trullero, Montes-Hidalgo, & Tomás-Sábado, 2018). La IEP también ha demostrado ser un factor protector ante la depresión, la desesperanza y las ideaciones suicidas, moderando incluso la relación que establece el estrés con estas respuestas (Ciarrochi, Deane, & Anderson, 2002).

Las relaciones familiares son fundamentales para el desarrollo de la regulación emocional y habilidades asociadas, que tienden a aprenderse a través de los lazos íntimos entre padres e hijos (Brumariu, 2015; Morris, Silk, Steinberg, & Robinson, 2009). Los niños con apego seguro internalizan estrategias efectivas para regular las emociones dentro de la relación de apego y son capaces de externalizarlas en las demás relaciones. Por contra, aquellos que no han tenido un apego seguro tienden a presentar dificultades en el procesamiento emocional (Brumariu, 2015). La literatura coincide en las repercusiones del maltrato en la infancia sobre la regulación emocional (Dvir, Ford, Hill, & Frazier, 2014). Sin embargo, la mayoría de los estudios que exploran esta variable lo hacen a través de la presencia de psicopatología o alteraciones conductuales. Un estudio reciente efectuado en una muestra española de adolescentes acogidos en centros residenciales ha demostrado que éstos presentan dificultades para desarrollar las diferentes habilidades que conforman la IEP (Moreno-Manso et al., 2016).

Los menores tutelados presentan necesidades especiales (educativas, psicológicas, médicas) que deben ser abordadas (Sullivan & van Zyl, 2008). Campos y Holden (2015) observaron que la percepción de rechazo parental, el *psychache* y las necesidades psicológicas insatisfechas se asociaban directamente al suicidio, mientras que la depresión solo lo hacía indirectamente. Una de las teorías psicológicas del suicidio más

extendidas en la actualidad sugiere la presencia simultánea de dos necesidades insatisfechas en el desarrollo de ideaciones suicidas. Una de las teorías psicológicas más extendidas del suicidio propone la presencia simultánea de dos necesidades insatisfechas para el deseo suicida que han sido relacionadas con la falta de apoyo familiar y social (Christensen, Batterham, Mackinnon, Donker, & Soubelet, 2014). La pertenencia frustrada, que corresponde a la necesidad de pertenecer a un grupo o colectivo; y la percepción de ser una carga que corresponde a la necesidad de sentirse socialmente competente (Van Orden et al., 2010). La Teoría de la Autodeterminación (TAD; Deci & Ryan, 2000), proporciona un modelo universal de motivación y bienestar basado en tres necesidades psicológicas básicas (NPB) que son primarias y universales: autonomía, competencia y relación. La necesidad de relación ha demostrado ser idéntica a la pertenencia frustrada, mientras que las necesidades de autonomía y competencia comparten similitudes con una escasa percepción de ser una carga difiriendo en que ésta última concierne exclusivamente al ámbito interpersonal (Van Orden et al., 2010). Las NPB contribuyen al suicidio más allá de la sintomatología depresiva, llegando a moderar la relación entre sucesos vitales negativos y comportamiento suicida (Rowe, Walker, Britton, & Hirsch, 2013) aunque, por el momento, esta contribución ha sido explorada únicamente en estudiantes universitarios.

Pese a las evidencias que señalan la vulnerabilidad de los adolescentes tutelados y los relacionan con las variables de estudio, existen pocos trabajos en esta población que permitan contrastarlo. Como se ha mencionado, los adolescentes tutelados en centros residenciales españoles presentan dificultades en las habilidades que conforman la IEP (Moreno-Manso et al., 2016). Al mismo tiempo, se ha observado que los comportamientos suicidas se relacionan con la IEP y las NPB en diferentes poblaciones. Sin embargo, no se han identificado estudios dirigidos a evaluar el riesgo de suicidio ni las NPB de los adolescentes tutelados en centros españoles.

El presente estudio tiene como objetivo (1) describir el riesgo de suicidio, la IEP y el grado de satisfacción de las NPB de los adolescentes tutelados en centros residenciales, y (2) analizar la relación entre el riesgo de suicidio, la IEP y las NPB de esta población. Se espera que los adolescentes acogidos en centros presenten niveles moderados o altos en riesgo de suicidio, dificultades en todas las habilidades que conforman la IEP y NPB insatisfechas. Asimismo, se espera encontrar correlaciones significativas entre las tres variables.

Método

Participantes

Participaron un total de 65 adolescentes tutelados por la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) que se encontraban bajo la medida de acogimiento en centro seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional por cuotas en diferentes Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAEs) de la provincia de Barcelona. Los criterios de inclusión requerían que tuvieran entre 12 y 17 años de edad, que se encontraran acogidos en un CRAE y que no presentaran dificultades importantes en la capacidad de lectoescritura o en la comprensión del castellano ni trastornos

psicóticos, retraso mental u otras patologías severas. De los 65 participantes iniciales, 4 fueron excluidos del análisis por no haber completado la totalidad de los datos requeridos en el estudio. Así, la muestra final analizada contó finalmente con un total de 61 adolescentes tutelados (31 varones y 30 mujeres).

En la Tabla 1 se muestran las características de los participantes respecto al sexo, la edad, el motivo de la tutela y los años resididos en centro. Siguiendo la literatura previa (Barbosa et al., 2013), el motivo de la tutela se clasificó en negligencia, maltrato físico, abuso sexual y maltrato psicológico o emocional. El tiempo de institucionalización oscila homogéneamente entre los 4 meses y los 10 años, comprendiendo en un mismo grupo aquellos que llevaban menos de un año. Respecto al origen de los participantes, el 77% ($n = 47$) tenían origen español, mientras que el 33% restante ($n = 14$) eran de procedencias diversas.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Variable	n (%)
Sexo	
Varones	31 (50.82)
Mujeres	30 (49.18)
Edad ($M \pm DT$)	14.61 \pm 1.61
Motivo tutela	
Negligencia	34 (55.74)
Abuso físico o sexual*	13 (21.31)
Otras formas de maltrato*	14 (22.95)
Años centro ($M \pm DT$)	4.15 \pm 2.66

Nota: M = media; DT = desviación típica; *pueden concurrir indicadores de negligencia parental.

Instrumentos

Inventory of Suicide Orientation (ISO-30; King & Kowalchuk 1994) adaptado al español por Casullo & Liporace (2006). La orientación suicida se entiende como una progresión continua hacia el suicidio que transcurre en varias etapas. Así, la escala permite efectuar una evaluación temprana a través de cinco dimensiones asociadas al riesgo de suicidio: Desesperanza, Baja autoestima, Incapacidad para afrontar emociones, Soledad e Ideación suicida. Consta de 30 ítems directos e inversos con cuatro opciones de respuesta en escala Likert donde 0 es "totalmente en desacuerdo" y 3 "totalmente de acuerdo". La puntuación total se clasifica en tres categorías: bajo (menos de 30), moderado (entre 30 y 44) y alto (más de 45). Existen seis ítems críticos, que corresponden a la escala Ideación Suicida, en los que una puntuación igual o superior a 2 en al menos tres de ellos indica un alto riesgo, independientemente de la puntuación total. La fiabilidad es adecuada ($\alpha = .87$) en adolescentes de población general (Casullo & Liporace, 2006).

Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S; Gagné, 2003) en su adaptación española (González-Cutre et al., 2015). La escala mide el grado en que los participantes perciben satisfechas las NPB conceptualizadas por Deci y Ryan (2000) de Autonomía, Competencia, y Relación. Está compuesta por 16 ítems, en contraste con los 21 ítems de la original. El sistema de respuesta se ordena en una escala Likert de 7 puntos, siendo 1 "nada verdadera" y 7 "muy verdadera". La puntuación total de cada NPB oscila entre el 0 y el 7. Sus valores de fiabilidad son aceptables (superiores a .70) en jóvenes y adultos de población general (González-Cutre et al., 2015).

Tabla 2. Distribución de los adolescentes en función del nivel de IEP, riesgo suicida y NPB

	TMMS (%)			ISO (%)	BNSG-S (%)		
	Atención	Claridad	Reparación	Total	Autonomía	Competencia	Relación
Bajo	21 (34.43)	33 (54.10)	27 (44.26)	15 (34.59)	12 (19.67)	15 (24.59)	2 (3.28)
Adecuado ^a	29 (47.54)	23 (37.70)	28 (45.90)	20 (32.79)	38 (62.30)	44 (72.13)	42 (68.85)
Alto ^b	11 (18.03)	5 (8.20)	6 (9.84)	26 (42.62)	11 (18.03)	2 (3.28)	17 (27.87)

^aNivel "moderado" respecto a las puntuaciones del ISO y el BNSG-S; ^bNivel "excesivo" respecto a las puntuaciones de la subescala Atención.

Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey & Mayer, 1995) en su adaptación reducida y adaptada al español por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004). Escala de autoinforme sobre la IEP que consta de 24 ítems dirigidos a evaluar el grado en que uno percibe atender a sus propias emociones (Atención), discriminar entre ellas (Claridad) y tener capacidad para regularlas (Reparación). Ofrece cinco opciones de respuesta en escala Likert, siendo 1 "nada de acuerdo" y 5 "totalmente de acuerdo". Esta escala no permite una puntuación total de IEP, sino que ofrece una puntuación independiente para cada uno de los factores que la componen. Las puntuaciones están baremadas en función de la variable sexo. La versión original de la escala validada (Fernández-Berrocal et al., 2004) presenta valores adecuados de consistencia interna ($\alpha = .84$ en Atención; $\alpha = .82$ en Claridad; y $\alpha = .81$ en Reparación).

Procedimiento

La presente investigación deriva de un proyecto enmarcado en un convenio de colaboración entre la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y el Deporte, Blanquerna (FPCEB), el Colegio Oficial de Psicología de Cataluña (COPC) y la DGAIA. Las pruebas fueron cumplimentadas en formato lápiz y papel por los mismos participantes durante dos sesiones previas a un tratamiento grupal dirigido a desarrollar las habilidades que conforman la inteligencia emocional en estos adolescentes. Las sesiones se efectuaron en subgrupos de entre 7 y 11 participantes que ya venían configurados en función del CRAE en el que residían. Las sesiones se implementaron, por lo general, en las instalaciones del centro de cada grupo. Con carácter previo a la administración de las pruebas, se facilitó a los participantes un consentimiento informado exponiendo propósito central de la investigación, así como un formulario para recoger las variables sociodemográficas.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS para Windows en su versión 24. Se calcularon los índices descriptivos de las variables de estudio y se analizó la distribución de sus puntuaciones empleando la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Comprobada la distribución normal de las puntuaciones, se aplicó la prueba paramétrica ANOVA para analizar las diferencias entre medias. Se empleó el coeficiente de Correlación de Pearson para analizar la relación entre las variables. Finalmente, comprobada la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene, se aplicó la prueba de Tuckey para examinar entre qué motivos de tutela se hallaban las diferencias significativas respecto a las dimensiones cuyas puntuaciones diferían en función del motivo de tutela.

Resultados

La distribución de los participantes en función del nivel obtenido en cada una de las variables de interés se presenta en la Tabla 2. Respecto al TMMS, las medias de las puntuaciones reportadas se ubican en el límite inferior del rango adecuado en Atención ($M = 25.89$; $DT = 6.81$), Claridad ($M = 24.46$; $DT = 7.29$) y Reparación ($M = 25.36$; $DT = 6.83$). La media de la puntuación total del ISO ($M = 40.03$; $DT = 12.39$) corresponde a un riesgo moderado, aunque se encuentra en la franja superior del rango. Las medias de las dimensiones del ISO se presentan en la Tabla 3. Al tener en consideración los ítems críticos del ISO, el porcentaje de participantes que puntuaron alto ($n = 26$; 42.62%) es superior al de aquellos que puntuaron moderado ($n = 20$; 32.79%) y bajo ($n = 15$; 24.59%). Respecto al BNSG-S, el grado medio de satisfacción de las NPB corresponde a un nivel moderado en Competencia ($M = 3.85$; $DT = .93$) y moderadamente alto en Autonomía ($M = 4.29$; $DT = 1.33$) y Relación ($M = 4.82$; $DT = .98$).

Tabla 3. Medias y desviaciones típicas del ISO

Variable	M	DT
Baja autoestima	8.16	3.33
Desesperanza	8.54	3.22
Incapacidad afrontamiento	9.85	2.44
Aislamiento	8.11	3.37
Ideación suicida	5.38	4.47

Nota: M = media; DT = desviación típica.

Las puntuaciones respecto a las variables de estudio no difirieron significativamente en función del sexo, la edad o los años institucionalizados. Para analizar la existencia de diferencias significativas en función del motivo de tutela, algunos de los motivos categorizados inicialmente fueron agrupados por su baja representatividad. Se calcularon las diferencias en función de tres agrupaciones efectuadas tomando como referencia resultados previos (Taussig et al., 2014): negligencia, abuso físico o sexual y maltrato psicológico (o emocional). Se detectaron diferencias significativas en Atención ($F = 3.41$; $p < .05$), Ideación Suicida ($F = 6.05$; $p < .05$), el ISO Total ($F = 4.16$; $p < .05$) y Competencia ($F = 5.45$; $p < .05$) en función del motivo de tutela (ver Tabla 4).

Los resultados de la prueba Tuckey revelaron la presencia de diferencias significativas entre negligencia y abuso físico o sexual en todas las dimensiones que diferían en función del motivo de tutela: Atención ($p = .04$; $d = -6.38$), Ideación Suicida ($p = .009$; $d = -4.16$), ISO Total ($p = .04$; $d = -9.44$) y Compe-

Tabla 4. Puntuaciones en Atención, Ideación suicida, Riesgo total y Competencia en función del motivo de tutela

	Atención		Ideación suicida		Riesgo total		Competencia	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Negligencia	24.62	8.24	3.76	4.19	36.18	12.09	4.17	.98
Abuso físico o sexual	31.00	5.97	7.92	4.44	45.62	12.10	3.28	.76
Maltrato psicológico	27.71	7.59	6.93	3.65	44.21	10.62	3.63	.66

Nota: M = media; DT = desviación típica.

Tabla 5. Correlaciones entre la IEP, el riesgo suicida y las NPB

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Atención	-											
Claridad	-.18	-										
Reparación	-.09	.67**	-									
Baja autoest.	.20	-.60**	-.53**	-								
Desesperanza	.21	-.30*	-.33*	.26*	-							
Inc. Afrontam.	.10	-.31*	-.24	.16	.39**	-						
Aislamiento	.28*	-.46**	-.56**	.66**	.40**	.12	-					
Ideación suicida	.27*	-.67**	-.68**	.66**	.39**	.27*	.62**	-				
Riesgo total	.30*	-.67**	-.67**	.79**	.65**	.47**	.80**	.86**	-			
Autonomía	-.30*	.47**	.55**	-.43**	-.40**	-.32*	-.39**	-.49**	-.56**	-		
Competencia	-.37**	.65**	.63**	-.57**	-.45**	-.31*	-.65**	-.74**	-.77**	.59**	-	
Relación	-.36**	.46**	.36**	-.44**	-.40**	-.20**	-.58**	-.43**	-.57**	.43**	.55**	-

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$; Baja autoest. = Baja autoestima; Inc. Afront. = Incapacidad de Afrontamiento.

tencia ($p = .02$; $d = .84$). El maltrato psicológico difirió significativamente de la negligencia únicamente en Ideación Suicida ($p = .05$; $d = -3.16$).

Se identificaron numerosas correlaciones significativas entre las variables de interés, por lo que se comentan únicamente las más relevantes. Respecto a las subescalas del TMMS, la Claridad correlacionó negativamente con Baja Autoestima, Ideación Suicida y el ISO Total, y positivamente con Competencia. La Reparación, por su parte, estableció altas correlaciones negativas con Baja Autoestima, Ideación, ISO Total y Aislamiento. También correlacionó de forma positiva con Competencia y Autonomía. La puntuación total del ISO, así como las subescalas Baja Autoestima, Aislamiento e Ideación, mostraron correlaciones altas y negativas con Competencia. El ISO Total también estableció altas correlaciones con el grado de satisfacción de las necesidades de Autonomía y Relación, aunque la más alta fue con la de Competencia. De hecho, la Competencia es la necesidad que más correlacionó con todas las variables, de forma positiva con Claridad y Reparación y negativa con las demás. Las correlaciones entre las variables de estudio se presentan en la Tabla 5.

Discusión

El presente estudio pretende describir el riesgo de suicidio, la IEP y las NPB en una muestra de adolescentes tutelados españoles institucionalizados, así como explorar la relación existente entre las variables. Un 42.6% de los participantes presenta valores altos en riesgo suicida, lo que indica que una parte importante reúne una serie de características que los hacen susceptibles de valorar este tipo de conductas ante posibles escenarios en los que concurran una serie de acontecimientos adversos. Es importante recalcar que los factores distales que conforman la orientación suicida son muy útiles

para efectuar una detección temprana pero no implican un riesgo inminente. Sin embargo, el 39.3% de los participantes presentaron ideaciones suicidas, dato que ya requiere más atención y que contrasta con el 12.5% obtenido en adolescentes españoles procedentes de población general (Kirchner, Ferrer, Forns, & Zanini, 2011). Esta relación porcentual encaja con la expuesta anteriormente por Pilowsky y Wu (2006), quienes indicaron que los adolescentes tutelados presentan entre 3 y 9 veces más ideaciones suicidas que los de población general. No obstante, el contraste es más alarmante cuando se compara este porcentaje con aquellos obtenidos por la literatura previa respecto a los menores tutelados, cuyas tasas oscilan entre el 10.24% y el 26.8% (Evans et al., 2017). Una posible explicación podría radicar en el hecho de que la mayoría de los estudios incluidos en la revisión de Evans et al. (2017) se centraron en adolescentes que habían tenido la oportunidad de reintegrarse en un núcleo familiar de acogida. De hecho, si tomamos como referencia un estudio centrado exclusivamente en adolescentes acogidos en centros, los datos coinciden con los obtenidos en el presente estudio, corroborando que sobre un 40% de este colectivo tiene riesgo de suicidio (Duppung-Hurley, Wheaton, Mason, Schnoes, & Epstein, 2014).

La incapacidad para afrontar las emociones es el principal indicador de riesgo entre los participantes, seguido de los sentimientos de desesperanza respecto al futuro y la baja autoestima. Los adolescentes tutelados que residen en centros conforman un colectivo en riesgo potencial de exclusión social al alcanzar la mayoría de edad. El no disponer de una red de apoyo informal (e.g., progenitores, familia extensa, familia de acogida) junto con algunas dificultades personales frecuentes entre este colectivo (e.g., la falta de habilidades de socialización y de gestión emocional, la escasa formación, la psicopatología asociada) hacen que su integración a la sociedad se convierta en un reto del que, en muchas ocasiones, ya van tomando consciencia durante su adolescencia.

Todo ello puede contribuir a los bajos niveles de autoestima y a sentimientos de desesperanza respecto al futuro (Sulimani-Aidan, Melkman, & Hellman, 2019).

Los participantes tienden a atender adecuadamente a sus emociones, aunque presentan más dificultades para comprender y reparar las experiencias emocionales. Estos resultados son similares a los obtenidos anteriormente respecto a la misma población en la provincia de Extremadura (Moreno-Manso et al., 2016). Sin embargo, la principal diferencia radica en que tanto en éste como en otro estudio en adolescentes de población general (Gómez-Romero et al., 2018) las dificultades en reparación son más notables que en claridad. Cabe tener en cuenta que la atención emocional se relaciona positivamente con el riesgo suicida y negativamente con la satisfacción de las NPB. Además, el grado en que los participantes atienden a sus emociones parece estar condicionado por las experiencias de maltrato, siendo aquellos que sufrieron abusos físicos o sexuales los que prestan más atención a las emociones, mientras que aquellos que estuvieron expuestos a prácticas negligentes constituyen el grupo que menos atiende a sus emociones. Estos datos dan apoyo a las declaraciones de algunos autores respecto a los resultados ambiguos que proporciona esta habilidad emocional, llegando incluso a considerarse en ocasiones un aspecto poco adaptativo (Fernández-Berrocal & Extremera, 2006).

La principal necesidad identificada entre los adolescentes del presente estudio fue la de competencia. Estos resultados indican que los adolescentes tutelados en centros tienden a sentirse ineficaces y poco productivos en las actividades diarias. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, éstos perciben cierta autonomía para decidir sobre sus actividades diarias y sienten que su necesidad de relacionarse se encuentra cubierta. En este sentido, el hecho de convivir con más iguales que presentan historias de vida similares podría favorecer el establecimiento de relaciones les ayuden a satisfacer su necesidad de relación.

Los resultados también sugieren que las distintas formas de maltrato infantil influyen sobre el riesgo de suicidio, el nivel de atención emocional y la necesidad de competencia. Los participantes con una historia de abusos físicos o sexuales tienden a presentar más ideaciones suicidas y riesgo en general tal y como señalaron estudios previos (Taussig et al., 2014). Al mismo tiempo, prestan más atención a sus emociones y se perciben a sí mismos como menos competentes. Por el contrario, los que fueron tutelados por negligencia parental crónica son los que han resultado estar menos afectados en estas dimensiones. El tiempo de institucionalización, en cambio, no afecta significativamente ni al riesgo suicida como ya apuntaron Katz et al. (2011) ni a las demás variables de interés. Estos datos contrastan con los de Taussig et al. (2014) quienes señalaron que el tiempo de institucionalización en el sistema de protección constituía un factor de riesgo.

Las variables de estudio han demostrado estar altamente relacionadas. Las habilidades emocionales menos desarrolladas, claridad y reparación, son precisamente aquellas que más se relacionan con el resto de variables. Igual que en los adolescentes de población general (Gómez-Romero et al., 2018), en el presente estudio existen fuertes relaciones entre estas dos habilidades y el riesgo suicida total, especialmente con el desarrollo de ideaciones suicidas. Así, percibir con claridad los propios estados emocionales y sentirse capaz de repararlos parece estar sujeto a una mayor autoestima y proteger del desarrollo

de ideaciones suicidas. Además, los participantes con más habilidades en claridad y reparación emocional se perciben a sí mismos más competentes, autónomos y con más vínculos relacionales. En esta línea, aunque todas las NPB se relacionan con el riesgo suicida y la IEP, las relaciones más fuertes también se establecen con claridad y reparación. Concretamente, la NPB que tienen menos cubierta (competencia) es la más asociada tanto a las habilidades de la IEP como al riesgo de suicidio.

En síntesis, algunos tipos de maltrato infantil contribuyen al riesgo de suicidio, así como a la sensación de ineficacia o falta de competencia para afrontar las actividades diarias y a prestar una mayor atención a las emociones. En este sentido, las habilidades de claridad y reparación pueden representar un factor protector ante el riesgo de suicidio de este colectivo. Por otro lado, el hecho de que estén más años ingresados en un centro no ha demostrado incidir en estas variables ni positiva ni negativamente. Esto indica que, aunque no sea la situación idónea, la institucionalización en sí misma no parece repercutir negativamente sobre estas variables como si lo hacen los motivos por el cual fueron tutelados. En base a lo expuesto, se considera relevante trabajar las habilidades emocionales de estos adolescentes, así como ofrecer más espacios de atención psicológica dirigidos a mejorar sus expectativas respecto al futuro y a fomentar su autoestima y percepción de competencia.

El presente trabajo cuenta con una serie de limitaciones. La primera estaría relacionada con el instrumento empleado para evaluar el riesgo suicida. El ISO-30 fue seleccionado con el fin de administrar una prueba específica para adolescentes que explorase diferentes dimensiones de riesgo sin estar directamente relacionadas con el fenómeno. En este sentido, se trata de un cuestionario muy indicado para efectuar una detección precoz sin alarmar ni condicionar a una población tan vulnerable mediante cuestiones sobre suicidio. Sin embargo, aunque la escala se ajusta a las necesidades del estudio, no debemos perder de vista que sus validaciones al castellano han sido efectuadas en poblaciones latinoamericanas y que, por tanto, pueden existir diferencias culturales entre éstas y la del presente estudio que incidan ligeramente en la baremación. Por otro lado, el tipo de muestreo ha sido el más ajustado a la casuística natural de la muestra, no obstante, presenta algunas limitaciones en cuanto a la generalización de los resultados. Finalmente, otra de las limitaciones está en la dificultad de operativizar el diagnóstico psicopatológico de algunos trastornos en etapas de la adolescencia. Sin embargo, se trata de una limitación natural por el tipo de población estudiada, pues el diagnóstico en estas edades puede ser poco preciso. En esta línea, los participantes también podrían estar sujetos a tratamientos psicofarmacológicos que incidieran de algún modo sobre los resultados obtenidos.

Para futuras investigaciones sería conveniente validar el ISO-30 en adolescentes de población española, así como replicar el estudio seleccionando los participantes mediante un muestreo probabilístico y teniendo en cuenta la presencia de psicopatologías y tratamientos psicofarmacológicos. Finalmente, los resultados indican que sería interesante aplicar alguna modalidad de terapia en los adolescentes acogidos en centros dirigida a desarrollar sus habilidades de gestión emocional y analizar su incidencia sobre el riesgo de suicidio.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses

Agradecimientos

Agradecemos a la DGAIA y a los adolescentes que participaron el haber hecho posible esta investigación.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Referencias

- Barbosa, J. T., Quarti, T., Werlang, B., Tiellet, M. L., & De Lima, I. I. (2013). Childhood maltreatment and psychological adjustment: A systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 815-824. doi:10.1590/1678-7153.201427422
- Brumariu, L. E. (2015). Parent-child attachment and emotion regulation. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2015(148), 31-45. doi:10.1002/cad.20098
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayo, J. A., & Cifre, I. (2018). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: Implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 29(2), 151-155.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in non-clinical individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 71(10), 994-1003. doi:10.1002/jclp.22196
- Casullo, M. M., & Liporace, M. F. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(21), 9-22.
- Cha, C. B., & Nock, M. K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 422-430. doi:10.1097/CHI.0b013e3181984f44
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197-209. doi:10.1016/S0191-8869(01)00012-5
- Christensen, H., Batterham, P. J., Mackinnon, A. J., Donker, T., & Soubelet, A. (2014). Predictors of the risk factors for suicide identified by the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behaviour. *Psychiatry Research*, 219(2), 290-297. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.029
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. doi:10.1207/S15327965PLI1104_01
- Duppong-Hurley, K., Wheaton, R. L., Mason, W. A., Schnoes, C. J., & Epstein, M. H. (2014). Exploring suicide risk history among youth in residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 31(4), 316-327. doi:10.1080/0886571X.2014.958377
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149-161. doi:10.1097/HRP.0000000000000014
- Eaddy, M., Zullo, L., Horton, S. E., Hughes, J. L., Kennard, B., Diederich, A., ... Stewart, S. M. (2018). A theory-driven investigation of the association between emotion dysregulation and suicide risk in a clinical adolescent sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi:10.1111/sltb.12472
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, 122-129. doi:10.1016/j.childyouth.2017.09.020
- Fawzy, N., & Fouad, A. (2010). Psychosocial and developmental status of orphanage children: Epidemiological study. *Current Psychiatry*, 17(2), 41-48.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 139-153.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. doi:10.2466/pr0.94.3.751-755
- Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion*, 27, 199-223
- Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T., Toro Trallero, J., Montes-Hidalgo, J., & Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18-23. doi:10.1016/j.anyes.2017.10.007
- González-Cutre, D., Sierra, A. C., Monero-Carretero, C., Cervelló, E., Esteve-Salar, J., & Alonso-Álvarez, J. (2015). Evaluación de las propiedades psicométricas de la escala de Satisfacción de las Necesidades Psicológicas Básicas en General con adultos españoles. *Terapia Psicológica*, 33(2), 81-92. doi:10.4067/S0718-48082015000200003
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 14-25. doi:10.1080/16506070701819524
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33(4), 224-232. doi:10.1037/h0087144
- Instituto Nacional de Estadística de España. (2018). *Defunciones según la causa de muerte*. [Nota de Prensa]. Recuperado de: https://www.ine.es/prensa/edcm_2017.pdf
- Katz, L. Y., Au, W., Singal, D., Brownell, M., Roos, N., Martens, P. J., ... Sareen, J. (2011). Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *Canadian Medical Association Journal*, 183(17), 1987-1990. doi:10.1503/cmaj.111008
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- King, J. D., & Kowalchuk, B. (1994). *Manual for the Inventory of Suicide Orientation-30*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-235.
- Leslie, L. K., James, S., Monn, A., Kauten, M. C., Zhang, J., & Aarons, G. (2010). Health-risk behaviors in young adolescents in the child welfare system. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 26-34. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.12.032
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Recuperado de http://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/Boletin_20_DEFINITIVO.pdf
- Mohammadzadeh, M., Tajik, E., Awang, H., & Latiff, L. A. (2018). Emotional health and coping mechanisms among adolescents in Malaysian residential foster care homes: A comparative study with adolescents living with families. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 156-158. doi:10.1016/j.ajp.2017.12.011

- Moreno-Manso, J. M., García-Baamonde, M. E., Guerrero-Barona, E., Godoy-Merino, M. J., Blázquez-Alonso, M., & González-Rico, P. (2016). Perceived emotional intelligence and social competence in neglected adolescents. *Journal of Youth Studies, 19*(6), 821-835. doi:10.1080/13676261.2015.1112883
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., & Robinson, L. R. (2009). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development, 16*(2), 1-26. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E., & Casullo, M. M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés, 12*(2-3), 329-341.
- Pilowsky, D. J., & Wu, L. T. (2006). Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health, 38*(4), 351-358. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.06.014
- Rajappa, K., Gallagher, M., & Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research, 36*(6), 833-839. doi:10.1007/s10608-011-9419-2
- Rowe, C. A., Walker, K. L., Britton, P. C., & Hirsch, J. K. (2013). The relationship between negative life events and suicidal behavior. *Crisis, 34*(4), 233-241. doi:10.1027/0227-5910/a000173
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (dir.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D., & Münir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review, 29*(7), 883-899. doi:10.1016/j.childyouth.2007.01.004
- Shelef, L., Fruchter, E., Hassidim, A., & Zalsman, G. (2015). Emotional regulation of mental pain as moderator of suicidal ideation in military settings. *European Psychiatry, 30*(6), 765-769. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.12.004
- Shneidman, E. S. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*(3), 145-147. doi:10.1097/00005053-199303000-00001
- Sulimani-Aidan, Y., Melkman, E., & Hellman, C. M. (2019). Nurturing the hope of youth in care: The contribution of mentoring. *American Journal of Orthopsychiatry, 89*(2), 134-143. doi:10.1037/ort0000320
- Sullivan, D. J., & van Zyl, M. A. (2008). The well-being of children in foster care: Exploring physical and mental health needs. *Children and Youth Services Review, 30*(7), 774-786. doi:10.1016/j.childyouth.2007.12.005
- Taussig, H. N., Harpin, S. B., & Maguire, S. A. (2014). Suicidality among preadolescent maltreated children in foster care. *Child Maltreatment, 19*(1), 17-26. doi:10.1177/1077559514525503
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575-600. doi:10.1037/a0018697
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

3.3. Tercer artículo. *Effectiveness of Emotional Intelligence Therapy on suicide risk among adolescents in residential care*

Bonet, C., Palma, C., y Gimeno-Santos, M. (2020). Effectiveness of Emotional Intelligence Therapy on suicide risk among adolescents in residential care. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20(1), 61-74.

Effectiveness of Emotional Intelligence Therapy on Suicide Risk among Adolescents in Residential Care

Cristina Bonet*, Carol Palma, Mercè Gimeno Santos

Universitat Ramon Llull, España

ABSTRACT

This study aimed to apply Emotional Intelligence Therapy (EIT) in a sample of adolescents in residential care and to examine its impact on three outcomes: suicide risk, perceived emotional intelligence (PEI), and basic psychological needs (BPN). Treatment consisted of 16 group sessions held on a weekly basis to develop the emotional skills of perception, facilitation of thinking, understanding and management. A clinical trial of repeated measures was conducted in which the study variables were evaluated at three time points: between three and four months prior to treatment, pre-treatment and post-treatment. Of the initial 65 participants, only 19 (73.68% were boys; $Age = 13.74$) completed the three evaluations. The results showed a significant decrease in suicide risk after EIT, especially regarding levels of hopelessness and suicidal ideation. Participants also improved their perception of emotional clarity and of competence. No significant changes were noted in any of the variables when on the waiting list. EIT could be a good tool to prevent the emergence of factors that entail suicide risk among adolescents in residential care.

Key words: suicide risk, emotional intelligence therapy, adolescents, residential care.

How to cite this paper: Bonet C, Palma C, & Gimeno-Santos M (2020). Effectiveness of Emotional Intelligence Therapy on Suicide Risk among Adolescents in Residential Care. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 20, 1, 61-74.

Novelty and Significance

What is already known about the topic?

- Adolescents in residential care tend to have emotional management difficulties.
- Those placed in care are at significantly higher risk of attempting suicide compared to non-care populations.
- Treatments that have displayed some degree of efficacy at addressing suicide risk in adolescents seek to train in certain skills such as emotional regulation, problem solving and interpersonal relationships.

What this paper adds?

- A therapy aimed at improving emotional intelligence skills that offers the results of their impact on several outcomes of adolescents in residential care.
- A therapy that has been proved to address suicidal risk in this population.

Childhood maltreatment is considered a major public health problem (Fegert & Stötzel, 2016). For decades, the literature has shown the impact of child maltreatment in all areas of development (see Barbosa, Quarti, Werlang, Tiellet, & De Lima, 2013; Herzog & Schmahl, 2018; Holt, Buckley, & Whelan, 2008). In Spain, the number of child maltreatment cases have steadily increased since the Spanish register of child maltreatment (Registro Unificado de Maltrato Infantil, RUMI) came into existence. The latest available data show that in 2017 more than sixteen thousand reports of some kind of maltreatment were made, exceeding all previous figures and almost doubling those collected five years prior (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018).

Individuals with a history of maltreatment or poor caregiving often have difficulty regulating their emotional states, which is a key skill for human development (McMillen,

* Correspondence: Cristina Bonet Mas, Universitat Ramon Llull, c/ Císter 34, 08022 Barcelona, España. Email: cristinabm9@blanquerna.url.edu. Acknowledgements: We thank the Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) and the adolescents who participated for making this research possible.

Katz, & Claypool, 2014). The quality of bonding, parenting styles, family expressiveness and the quality of the parents' marital relationship are crucial aspects for the development of emotional strategies in childhood (Morris, Silk, Steinberg, & Robinson, 2009), whose role remains decisive during adolescence (Ackard, Neumark-Sztainer, Story, & Perry, 2006). Previous research offer consistent results regarding difficulties in managing emotions of children in out-of-home care (McMillen *et alia*, 2014). Specifically, different samples of Spanish adolescents in residential care revealed that they have difficulties related to the abilities involved in perceived emotional intelligence (PEI): emotional attention, clarity and repair (Moreno Manso, García Baamonde, Guerrero Barona, Godoy Merino, Blázquez Alonso, & González Rico, 2016; Bonet, Palma, & Gimeno Santos, 2019).

Emotional regulation difficulties contribute to the subsequent development of internalizing and externalizing symptoms among these subjects (Kim & Cicchetti, 2010). About half of adolescents in care have clinically significant symptoms and risk behaviours that require addressing (Camps Pons, Castillo Garayoa, & Cifre, 2018; Leslie *et alia*, 2010; Tarren-Sweeney, 2018). One of the most alarming facts concerning children and adolescents in public childcare refers to the high risk of experiencing suicidal ideations and suicide attempts. Population studies show higher rates of suicidal ideation and attempted suicide in these individuals than for the general population (Hjern, Vinnerljung, & Lindblad, 2004; Katz, Au, Singal, *et alia*, 2011; Vinnerljung, Hjern, & Lindblad, 2006). Difficulties in relationships and family context can lead to conditions that make children and adolescents more vulnerable to developing suicidal ideation or can foster other factors that entail suicide risk (hopelessness, irritability, worthlessness, for instance) (Anderson, Keyes, & Jobes, 2016). Most studies devoted to examining the relationship between child maltreatment and suicide among adolescents, both concerning the clinical and the general populations, maintain that physical and emotional maltreatment, sexual abuse and neglect are associated with suicidal ideation and attempts by this population, even after controlling for demographic, mental health and family variables and those related to their peers (Miller, Esposito Smythers, Weismore, & Renshaw, 2013). This relationship is slightly reduced among those who perceive a trusting relationship with an adult family member (Pisani, Wyman, Petrova, Schmeelk-Cone, Goldston, Xia, & Gould, 2013; Preyde, Vanderkooy, Chevalier, Heintzman, Warne, & Barrick, 2014).

Difficulties in emotional management are a determining factor among adolescents and young persons at risk contemplating suicide (e.g., Anestis, Bagge, Tull, & Joiner, 2011; Pisani *et alia*, 2013; Preyde *et alia*, 2014; Valois, Zullig, & Hunter, 2015). Specifically, emotional intelligence has proved to be a protective factor for both suicidal ideations and attempts in a clinical sample of adolescents with a history of abuse, even moderating the effects of trauma in childhood (Cha & Nock, 2009). The protective measure to which they are subjected also constitutes a crucial factor. Institutionalized children and adolescents are three to seven times more likely to suffer emotional and behavioural problems than those taken into a family (Fawzy & Fouad, 2010; Simsek, Erol, Öztop, & Münir, 2007), and their prevalence of suicidal ideation and attempts is twice that of those taken into an extended family, who present the lowest rates (Taussig, Harpin, & Maguire, 2014). Bonet *et alia* (2019) found that 42.6% of adolescents in residential care had high suicide risk levels that are related to the reported emotional difficulties.

The study of psychological factors that protect against suicidal acts is an important line of research in the field of suicide as it deals with aspects that may be addressed (Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Cha & Nock, 2009; Troister & Holden, 2010). Psychological theories of suicide suggest tackling difficulties in tolerating or modulating

the experience of negative affect (Leenaars, 1996; Shneidman, 1996; Zlotnick, Donaldson, Spirito, & Pearlstein, 1997). At the same time, most suicide prevention programmes point to the need to mitigate risk factors, promote protective factors, and encourage the knowledge of those who may be at risk (e.g., York, Lamis, Pope, & Egede, 2013). In this regard, in recent years gatekeeper training programmes have begun to be implemented stressing the importance of an early detection by identifying risk factors (e.g., Sueki & Ito, 2015). Glenn, Franklin, and Nock (2015) concluded in their review that no interventions for suicidal and non-suicidal thoughts and behaviours in youth meet the standards to be considered well-established treatments. However, several interventions have displayed some degree of efficacy in children and adolescents: cognitive-behavioural therapy, family-based therapy, interpersonal therapy, and psychodynamic therapy (Glenn *et alia*, 2015). These treatments have certain commonalities: (1) they include the family in the process; (2) they train in certain skills such as emotional regulation, problem solving and interpersonal relationships; and (3) they address the risk factors of suicidal behaviour (Glenn, Franklin, & Nock, 2015). Since, there has been no major progress towards achieving well-established treatments for suicidal behaviour in adolescents (Glenn *et alia*, 2015). Given that working with the family is often not feasible among those in residential care, these considerations lead us to propose the development of personal and interpersonal skills as well as to address risk factors as major targets for working with these subjects. In this regard, Pisani *et alia* (2013) argue that adolescents' ability to identify, manage and recover from painful emotions using internal strategies is crucial to stop them from heading towards suicide and call for the need to promote community interventions in this direction in order to prevent such problems. Meanwhile, in their review of the literature Ford and Gómez (2015) concluded that although treatment models targeting individuals with self-harming and/or suicidal behaviours have not demonstrated consistent efficacy, there are promising results regarding interventions aimed at regulating emotions and working on post-traumatic stress triggered by certain events such as abuse, maltreatment or domestic violence.

Another aspect introduced by contemporary models as a trigger of dynamics towards suicide are unmet psychological needs (Shneidman, 1993; Van Orde, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby, & Joiner, 2010) which, together with the perception of parental rejection and mental pain, constitute the psychological variables directly related to suicidality (Campos & Holden, 2015). These, in turn, remain closely related to difficulties in regulating emotions (Anestis, Bagge, Tull, & Joiner, 2011; Heffer & Willoughby, 2018). Adolescents in care tend to have more psychological and emotional needs than those of the general population (Leslie, Gordon, Lambros, Premji, Peoples, & Gist, 2005). Among those most appreciated by these subjects are emotional support to deal with certain situations and autonomy in decision-making regarding certain aspects of their own life (Ellermann, 2007). The broadest theory of psychological health and welfare provides a universal model of motivation and well-being based on three basic primary, universal psychological needs (BPN): autonomy, competence and relatedness (Deci & Ryan, 2000). Adolescents in residential care showed that their needs of autonomy and relatedness are partially covered while they have difficulty satisfying their need to feel competent (Bonet *et alia*, 2019). In addition, BPN were associated with suicide risk in both these subjects and in the general population (Bonet *et alia*, 2019; Rowe, Walker, Britton, & Hirsch, 2013).

Lizeretti (2012) designed a group therapy model aimed at developing emotional processing skills in which the four levels of emotional intelligence based on the conceptual

model by Salovey and Mayer (1997) are worked on: emotional perception, use of emotions to facilitate thinking, emotional understanding and emotional management. Emotional Intelligence Therapy (EIT; Lizeretti, 2012) impinges precisely on the inherent relationship between need and emotion, upholding that an emotion originates from a particular state of need and that emotional management skills therefore allow identifying and satisfying them. This therapy model proved effective at promoting emotional intelligence and reducing clinical symptoms and pathological personality traits in patients with anxiety disorders (Lizeretti, 2009).

This study aims to assess the impact of EIT on PEI, suicide risk and the perceived satisfaction of BPN (autonomy, competence and relatedness) among adolescents in care in residential centres. The application of EIT is expected to improve PEI skills as well as reduce suicide risk and BPN among these subjects.

METHOD

Participants

A total of 65 adolescents who were in the care of the child welfare system of Catalunya (*Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència* -DGAIA) under a residential measure were selected by quota sampling at residential centres (*Centros Residenciales de Acción Educativa* -CRAE) of Barcelona (*España*). Inclusion criteria required them to be aged between 12 and 17 years, live in a CRAE, and not present major difficulties in the ability to read and write or understand Spanish nor psychotic spectrum disorders, intellectual disability or other severe pathologies.

Four of the 65 adolescents enrolled on the programme were not able to start treatment due to timetable constraints. Of the 61 who started the study 45 (73.8%) finished it. However, due to the requirements of the project, 26 of the 45 who completed treatment were not able to complete the first evaluation as they had not been on the waiting list for the necessary length of time. Thus, the study was conducted in 19 participants who underwent three evaluations. However, in order not to lose this significant part of such a specific sample that completed the full treatment without undergoing the first evaluation, research was supplemented by a second analysis that included the 45 participants who did manage to complete EIT (see Figure 1).

Instruments

Inventory of Suicide Orientation (ISO-30; King & Kowalchuk, 1994; adapted to Spanish by Casullo & Liporace, 2006). Suicidal orientation is understood as a continuous progression towards suicide passing through several stages. Thus, the scale enables conducting an early assessment through five dimensions associated with suicide risk: Hopelessness, Low self-esteem, Inability to control emotions, Social isolation, and Suicidal ideation. It consists of 30 direct and inverse items with four response options on the Likert scale where 0 is "I am sure I disagree" and 3 "I am sure I agree". The total score is classified into three categories: low (less than 30), moderate (between 30 and 44), and high (more than 45). Six critical items correspond to the Suicidal Ideation scale, where a score equal to or greater than 2 in at least three items indicates a high risk, regardless of the total score. Reliability is adequate ($\alpha = .87$) in adolescents in the general population (Casullo & Liporace, 2006).

Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S; Gagné, 2003; Spanish adaptation by González Cutre, Sierra, Montero Carretero, Cervelló, Esteve Salar, & Alonso Álvarez, 2015). This scale measures the degree to which participants perceive the BPN

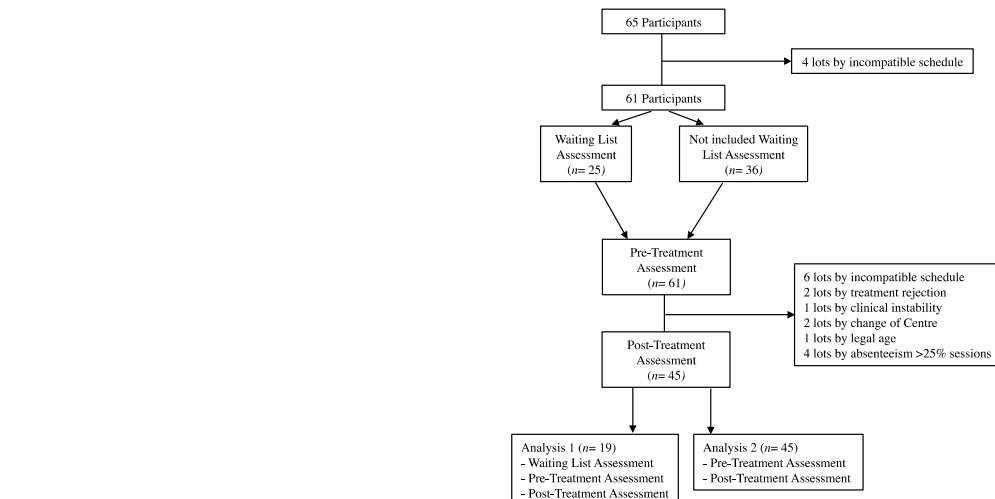


Figure 1. Procedure of participant flow through the study.

conceptualized by Deci and Ryan (2000), i.e., Autonomy, Competence, and Relatedness, as being satisfied. It consists of 16 items, in contrast to the 21 items of the original. Scores are arranged on a 7-point Likert scale, with 1 being “not at all true” and 7 “very true”. The total score for each BPN varies between 0 and 7. Reliability values are acceptable (greater than .70) in the young and adult general population (González Cutre *et alia*, 2015).

Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey & Mayer, 1995; shortened version adapted to Spanish by Fernández Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004). Self-report scale on PEI consisting of 24 items designed to assess the extent to which one perceives attending to one’s own emotions (Attention), distinguishing between them (Clarity), and having the capacity to manage them (Repair). It has five Likert scale response options with 1 being “strongly disagree”, and 5 “strongly agree”. This scale does not allow a total PEI score, but offers a separate score for each of the factors that comprise it. The original version of the validated scale (Fernández Berrocal *et alia*, 2004) has adequate internal consistency values ($\alpha = .84$ for Attention; $\alpha = 0.82$ for Clarity; and $\alpha = 0.81$ for Repair).

Design and Variables

For ethical reasons a repeated measures design was applied in which participants who received treatment were assessed three to four months before starting it while they were on the waiting list in order to compare their progress with and without treatment.

This is a repeated sample clinical trial aimed at applying an intervention programme consisting of a shortened version of EIT manualized by Lizeretti (2012). Following the original version, the programme was divided into four distinct phases aimed at developing each of the skills involved in emotional intelligence according to the model of Salovey and Mayer (1997): (1) emotional perception, (2) use of emotions to facilitate thinking, (3) emotional understanding, and (4) emotional regulation. Each phase consisted of four sessions seeking to promote the relevant skill both intra- and interpersonally based on the four emotions considered, from this perspective, the bases of emotional experience: fear, sadness, anger and joy.

The emotional perception phase aims at performing the emotional diagnosis and identifying around which emotion the personal experience and the self-identity have been developed. It also seeks to identify whether the emotion attributed to conflictive experiences corresponds to the authentic emotion or, in other words, to the emotion that would be functional according to the nature of the situation. In this phase intervention strategies are used to highlighting the emotions that generate emotional conflicts, both personal and relational, as well as to promote the ability to recognize the emotional states of others. In the second phase, the use of emotions to facilitate thinking is developed by promoting awareness of the emotion implications, having identified the emotion that underlies the distress. The intervention strategies allow to observing in oneself and in others how this emotion is associated with needs -frequently not expressed-, how these needs generate motivations -not always accepted- and how these motivations guide our thoughts and behaviours. The third phase sought to develop the ability to understand emotions, which means making sense of the experience of authentic emotion by understanding where it comes from and how it arises but, above all, how it works in us or, in other words, how does it affects us. Intervention strategies are aim to find the meaning of the unpleasant emotional experience by integrating reason with emotion to understand the function of one's own and others' emotional experiences. Finally, the emotional regulation phase focuses on the consolidation of the knowledge and skills acquired in the previous levels, putting them into practice in situations of everyday life and looking for strategies to repair unpleasant emotional states.

The activities contained methods that would allow starting from the phenomenological perception of each member regarding their emotional states and life experiences (e.g., drawing, guided fantasy) and thus promote the particular skill (e.g., perception, understanding) through the different dimensions of the individual (physical, behavioural, cognitive, relational, etc.).

Treatment

This shortened version of EIT (Lizeretti, 2012) consisted of 16 sessions of 90 minutes held on a weekly basis and retained virtually all intra-session activities of the original version, and only inter-session activities and recapitulation sessions planned before moving to the next level were removed. At the same time, the longest-lasting activities were shortened in order to devote a maximum of two sessions to them. The content of each session is detailed below:

Session 1, *El rosal*. Participants, through a guided fantasy, identify themselves with a rose bush and depict it in a drawing. Through this activity the unconsciously represented content is identified, emphasizing the predominant emotion.

Session 2, *Auto-caracterización*. In this narrative technique, participants describe themselves and identify different aspects that constitute their self-perception, emphasizing the predominant emotion on which they build their own identity.

Session 3, *Pregunta del milagro*. Participants are placed in a hypothetical scenario in which they imagine their "ideal situation" and the changes it would represent in their lives. Through this activity it is possible to identify the nature of the conflict between one's own needs and the needs and wishes of others.

Sessions 4 and 5, *Escultura familiar*. A dramatization technique is performed in which participants, through peer collaboration, shape a sculpture that reflects their reality in relation to the most important figures in their life, not necessarily family. Participants must integrate themselves in the sculpture adopting their position. Aspects such as spatial arrangement, distance between members, direction of looks, gestures,

physical and visual contact or others that allow identifying affective messages received, alliances and coalitions that are established between them and the roles of each of its members vis-à-vis the system and subsystems are taken into account. Sessions 6 and 7, *Rincón de las emociones*. This exercise consists of locating in each corner of the room one of the four basic emotions (fear, sadness, anger, and joy) and then participants must recall an event with a high emotional load, represent it in a drawing and place themselves in the corner of the emotion experienced. Participants, from the chosen corner, must remember it and identify the emotional energy in their body through the therapist's indications, as well as the thoughts that come to his mind while they are feeling such emotion.

Session 8, *Trabajo con la culpa*. Participants must identify situations that generate feelings of guilt and imagine that these situations have been carried out by someone else (a child). Strategies focus releasing these feelings and repairing the behaviours that generate them, identifying the authentic emotion that underlies their feelings.

Session 9, *Las dos sillas*. Participants must recall a painful experience from a chair that represents the emotion experienced and then repeat the procedure from another chair that represents adaptive and normally repressed emotion. It is a dramatization technique whose purpose is to integrate two conflicting poles of the same person.

Sessions 10 and 11, *Cuento del animal*. Participants must write a short story starring an animal using the instructions provided by the therapist. Through the story, a series of aspects related to the life script of each of the subjects and the basic vital emotion from which it is constructed are identified.

Sessions 12 and 13, *Diálogo con el síntoma*. Participants are asked to identify a problematic aspect that worries them and, through a guided fantasy, identify with it and represent it in a drawing. Through the indications of the therapist, it seeks to identify the dysfunctional emotion that is hidden behind the symptom and the understanding of the mechanisms whereby this emotion is expressed.

Sessions 14 and 15, *La estrella*. A star is previously drawn on the ground. Participants report a situation that creates discomfort and identify, with the help of their peers, identify several strategies to deal with it. Each identified strategy will be located at a point of the star, while participants will be physically position themselves on top of each one to try to experience the impact that each of them would generate in them.

Session 16, *El rosal* and farewell ritual. The first activity is repeated in the last session so that participants can graphically the changes they have experienced throughout the treatment. The learnings acquired during the treatment are pooled as a farewell ritual.

All activities are carried out through the feedback of the rest of the members whose contributions, guided by the therapist, encourage the introspection process of each subject.

Procedure

This clinical trial derived from a project within a cooperation agreement between the *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport, Blanquerna (Universitat Ramon Llull)*, the *Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya* and, the DGAIA. EIT was applied to seven subgroups of seven to eleven participants that were already configured according to the CRAE where they resided and was generally conducted on the premises of the corresponding centre. Participants completed the tests in paper-and-pencil format. Prior to administering the tests, participants were provided with an informed consent form that set out the main aim and purpose of the research, as well as a form to collect

their sociodemographic variables. Data were submitted to the researchers anonymously to preserve confidentiality and participants' anonymity. The sessions were led by a therapist and a co-therapist who attended the corresponding centre once a week and whose main role was to guide the activities and to enable participants to connect with their own emotional experiences and acquire an active role in the course of the activities.

Data Analysis

Data analysis was performed using IBM SPSS statistical package version 24. For analysis 1 ($n= 19$) a general linear model (GLM) of repeated measures was used to explore the overall effect of intervention on the study variables by means of multivariate contrasts with Pillai's Trace statistic, as well as the particular effect in each of the scales through univariate contrasts. Mauchly's test was used to examine compliance with the assumption of sphericity and to explore the effect of intervention on each of the variables. When the sphericity hypothesis was ruled out, the univariate F -statistic was used applying Huynh-Feldt's correction formula to the degrees of freedom. Finally, in those variables in which a significant effect was obtained, Bonferroni correction was used to analyse the differences between measures by pairs. For analysis 2 ($n= 45$), the same GLM was performed but with two repeated measures (pre- and post-) for all participants who completed the intervention.

RESULTS

Table 1 shows the characteristics of participants relative to sex, age, reason for being in care, and years institutionalized. Consistent with previous literature, the reason for being in care was classified as either neglect, physical abuse, sexual abuse and psychological or emotional maltreatment (Barbosa, Quarti, Werlang, Tiellet, & De Lima II, 2013). Time institutionalized ranged uniformly between 4 months and 10 years, with all those who had spent less than one year comprising a single group. Regarding participants' provenance, 84.2% ($n= 16$) were of Spanish origin, while the remaining 15.8% ($n= 3$) were of a variety of origins.

Table 1. Demographic characteristics of the sample.

Variables		n (%)
Sex	Men	14 (73.68)
	Women	5 (26.32)
Age ($M\pm SD$)		13.74 \pm 1.66
Reason for care	Neglect	14 (73.68)
	Physical or sexual abuse*	2 (10.53)
	Other forms of maltreatment*	3 (15.79)
Years institutionalized ($M\pm SD$)		5 \pm 3.16

Note: * = indicators of parental neglect may attend.

Table 2 shows the means and standard deviations of all variables at three time points. Multivariate contrasts indicated an overall effect of EIT on suicide risk variables ($F= 2.01$; $p < .05$; $\eta^2= .23$) but not on PEI variables ($F= 1.36$; $p > .05$; $\eta^2= .10$) nor on BPN variables ($F= 1.64$; $p > .05$; $\eta^2= .12$).

Table 2. Description and comparison of scores at three time points

Variables	Waiting list (n= 19)	Pre-test (n= 19)	Post-test (n= 19)	F	p	η^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
ISO Low self-esteem	8.26 (2.60)	8.47 (3.41)	7.42 (2.87)	2.62	.11	.13
ISO Hopelessness	8.95 (2.27)	8.79 (2.51)	7.79 (2.50)	4.73	.02*	.21
ISO Inability to control emotions	.84 (2.06)	10.11 (2.36)	9.11 (2.03)	3.50	.06	.16
ISO Social isolation	7.74 (3.09)	8.26 (3.43)	7.32 (2.73)	2.81	.07	.14
ISO Suicidal ideations	5.68 (4.20)	6.11 (4.75)	4.84 (3.08)	6.39	.01*	.26
ISO Total	40.47 (11.36)	41.74 (13.62)	36.47 (10.47)	10.73	.00**	.37
PEI Attention	27.84 (5.81)	27.47 (5.41)	25.95 (5.28)	.68	.51	.04
PEI Clarity	25.47 (5.59)	25.00 (6.05)	27.21 (5.86)	4.01	.04*	.18
IEP Repair	25.32 (6.49)	25.00 (6.86)	26.47 (5.82)	2.14	.15	.11
BNSG Autonomy	3.95 (1.08)	4 (1.09)	4.39 (.81)	2.13	.13	.11
BNSG Competence	4.11 (1.02)	3.87 (.92)	4.34 (.82)	3.95	.04*	.18
BNSG Relatedness	4.87 (.98)	4.80 (1.16)	4.97 (.85)	4.19	.66	.02

Notes: * = $p < .05$; ** = $p < .01$.

Contrasts between the three measures for each variable are also presented in Table 2. Regarding suicide risk, univariate analyses showed significant differences between the measures obtained for hopelessness, suicidal ideation and total risk. Concerning PEI, only clarity measures varied significantly. Finally, regarding BPN, significant differences were found between measures of competence. Bonferroni pairwise comparisons revealed that all of these significant differences occurred between pre-treatment and post-treatment measures: hopelessness ($DM= 1.00$; $p < .01$; $d= .42$), suicidal ideation ($DM= 1.26$; $p < .05$; $d= .32$), total risk ($DM= 5.26$; $p < .01$; $d= .43$), clarity ($DM= -2.21$; $p < .05$; $d= .37$) and competence ($DM= -.47$; $p < .01$; $d= .54$). Therefore, no significant differences were found between waiting list and pre-treatment scores.

The second analysis ($n= 45$), which compared pre-treatment and post-treatment measures of all participants who completed EIT, revealed significant differences between the same variables as in the above analysis: hopelessness ($F= 10.84$; $p < .01$; $\eta^2= .20$), suicidal ideation ($F= 9.15$; $p < .01$; $\eta^2= .17$), total risk ($F= 15.86$; $p < .01$; $\eta^2= .27$), clarity ($F= 10.96$; $p < .01$; $\eta^2= .20$) and competence ($F= 4.98$; $p < .05$; $\eta^2= .10$). However, in this analysis, significant differences were also seen between measures of inability to control emotions ($F= 4.50$; $p < .05$; $\eta^2= .09$).

DISCUSSION

Despite the evidence pointing to the many problems experienced by adolescents in care, to our knowledge, this study is the first attempt to apply therapy among these subjects reporting results on its impact on different outcomes, notably, those involving suicide risk. Broadly speaking, EIT obtained promising results for addressing suicide risk, whose overall scores decreased significantly after applying EIT. Specifically, hopelessness, inability to control emotions and suicidal ideation were the risk factors that improved significantly following intervention. Improvements in self-esteem and social isolation, however, were not significant in this sample. For these variables, it should be noted that social isolation was already the least present risk factor among participants prior to intervention and that self-esteem, meanwhile, is a more intrinsic, stable variable as it reflects the self-concept that each one has been building since the very early stages of development based on experiences that will have been especially traumatic for these individuals. Hopelessness, however, could be considered more likely to change in the

short term being less inherent in personality and may be more susceptible to certain EIT activities, especially those of emotional management seeking to identify strategies to promote more satisfactory states when facing future situations. In this regard, hopelessness has not only proved to play a crucial role in the development of suicidal ideations, but also has the capacity to mediate the relationship between lack of coping strategies and suicidal ideations (Miranda, Tsypes, Gallagher, & Rajappa, 2013). Difficulties in coping, however, were seen to improve significantly only in the second analysis. This lack of initial significance could be due to the small sample size. It could also be that, because it is a self-reported measure, the participants' own perception of such skills may be influenced by other variables related to self-concept, or that at the post-test evaluation stage, insufficient time had elapsed for participants to become aware of the skills acquired during EIT. Finally, suicidal ideations are the risk factor that decreased the most following EIT. This is particularly relevant to determine the effectiveness of EIT on suicide risk, taking into account that any preventive treatment should be able somehow to address this precursory suicidal behaviour (Kessler, Berglund, Borges, Nock, & Wang, 2005). In addition, the fact that the marked reduction in suicidal ideations essentially coincides with the decrease in degrees of hopelessness would be consistent with previous findings that support the close relationship between the two variables among adolescents at risk (Wolfe, Nakonezny, Owen, Rial, Moorehead, Kennard, & Emslie, 2019).

The effect of EIT on suicidal ideations is similar though slightly less than that demonstrated by skills-based treatment (Donaldson, Spirito, & Esposito Smythers, 2005). This finding is considered relevant given that skills-based treatment proved to be the most effective therapy in addressing suicidal behaviour in adolescents not including work with the family (Glenn *et alia*, 2015). In addition, it should be noted that the latter was not carried out as a preventive intervention in adolescents in care but in adolescents admitted to a psychiatric hospital after attempted suicide, whereby the conditions of the trial already required its impact on suicidal ideations to be greater.

The overall effect of EIT on PEI and BPN, however, was not significant, which would indicate, first, that these variables do not explain the participants' reduced suicide risk and that, therefore, their previously demonstrated relationship with suicide risk (Bonet *et alia*, 2019; Gómez Romero, Limonero, Toro Trallero, Montes Hidalgo, & Tomás Sábado, 2018) could be mediated by other variables that would further explain this improvement.

Specifically, results of PEI showed that participants perceive their emotional states more clearly following EIT. However, improvement in emotional repair was not significant in this sample. These results are in contrast to those provided by the complete version of EIT in adults with anxiety disorders in whom levels of both clarity and emotional repair significantly increased (Lizeretti, 2009). As for ability to cope, the variables that make up PEI indicate participants' subjective perception of these skills, and so these adolescents might not have become conscious of the strategies acquired at the time of the post-trial evaluation. However, it should be noted that the substantial improvement in variables such as hopelessness and suicidal ideation may reflect an improvement in certain emotional skills that could be seen by evaluating emotional intelligence using an ability test that, in its day, already demonstrated protecting this population from developing suicidal ideations (Cha & Nock, 2009). Regarding emotional attention, the absence of significant changes coincides with previous results of the complete version of EIT on which it was not seen to exert a significant impact on this variable either

(Lizeretti, 2009). However, a slight reduction is noted in scores after intervention, which could be considered positive given the direct association with suicide risk among this population (Bonet *et alia*, 2019) and which has sometimes proved to be little adaptive (Fernández Berrocal & Extremera, 2006).

Finally, participants significantly improved their perception of competence which, at the same time, coincides with the BPN that were less covered prior to EIT and most related to suicide previously (Bonet *et alia*, 2019). In this sense, perception of competence could be differentiated from other similar variables that did not improve significantly through intervention, such as self-esteem or repair in which, according to Deci and Ryan's (2000) conceptualization, this construct belongs to a rather social sphere as it reflects the inherent desire to feel effective when interacting with the environment.

The results revealed that all significant improvements occurred during EIT and that participants, therefore, reported no significant changes in any of the outcomes while they were on the waiting list. However, an increase in suicidal ideations and total rates of suicide risk was noted while on the waiting list, which could be due to some social desirability regarding this socially stigmatized phenomenon during the first contact between participants and therapists when no link had yet formed between them.

Several limitations of this study should be noted. Firstly, the repeated measures design was the most appropriate so that all participants could receive treatment and it offers significant advantages such as the opportunity to compare two evolutions (with and without EIT) avoiding the interference of factors external to the intervention (e.g., personal characteristics, psychopathological disorders). However, it also has some disadvantages such as the fatigue effect that can be caused by repeated evaluations. This would explain an important limitation that revolves around the lack of a fourth follow-up measure a few months after EIT. Although the initial idea was to conduct a follow-up assessment, participants' manifest fatigue and reluctance during this session led to it being excluded from the study to avoid excessively biased results. However, in most cases the session was held to perform a qualitative observation of participants, both directly and through their educators, as a valedictory session to prevent the end of the intervention from being perceived as further abandonment for these individuals. In addition, the nature of a study which required intervention in a specific, vulnerable population in small groups, did not allow for a large sample size. At the same time, this sample was reduced due to losses beyond the control of the participants and due to the inability to carry out the first evaluation of the first groups receiving treatment. To compensate for this limitation, the study was supplemented with a second analysis of two repeated measures allowing a larger sample size that revealed some significance that had not been detected previously, highlighting the possible lack of representativeness of the main sample. Finally, although the instruments used were considered the most suitable to assess the study variables in this population, none of them included control scales that would allow testing the formulated hypothesis when interpreting the results regarding a possible tendency towards social desirability in the initial evaluation.

For future research it would be useful to apply the trial extending the sample and broadening the first evaluation to all study participants. At the same time, it would be desirable to replicate the study evaluating emotional intelligence through an ability scale that might enable exploring the acquisition of these emotional skills during intervention regardless of the perception that participants have of them and their contribution to lowering suicide risk.

REFERENCES

- Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, & Perry C (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine, 30*, 59-66. Doi: 10.1016/j.amepre.2005.09.013
- Anderson AR, Keyes GM, & Jobes DA (2016). Understanding and treating suicidal risk in young children. *Practice Innovations, 1*, 3-19. Doi: 10.1037/pri0000018
- Anestis MD, Bagge CL, Tull MT, & Joiner TE (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 603-611. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.10.013
- Barbosa JT, Quarti T, Werlang B, Tiellet ML, & De Lima II (2013). Childhood maltreatment and psychological adjustment: A systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 27*, 815-824. Doi: 10.1590/1678-7153.201427422
- Bonet C, Palma C, & Gimeno Santos M (2019). Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. In press, recovered from <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/1907.pdf>
- Brown GK, Beck AT, Steer RA, & Grisham JR (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 371-377.
- Campos RC & Holden RR (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology, 71*, 994-1003. Doi: 10.1002/jclp.22196
- Camps Pons S, Castillo Garayoa JA, & Cifre I (2018). Apago y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: Implicaciones clínicas. *Clínica y Salud, 29*, 151-155. Doi: 10.5093/cl2014a6
- Casullo MM & Liporace MF (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 1*, 9-22.
- Cha CB & Nock MK (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48*, 422-430. Doi: 10.1097/CHI.0b013e3181984f44
- Deci EL & Ryan RM (2000). The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268. Doi: 10.1207/S15327965PLI1104_01
- Donaldson D, Spirito A, & Esposito Smythers C (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 113-120. Doi: 10.1097/00004583-200502000-00003
- Ellermann CR (2007). Influences on the mental health of children placed in foster care. *Family and Community Health, 30*, S23-S32.
- Fawzy N & Fouad A (2010). Psychosocial and developmental status of orphanage children: Epidemiological study. *Current Psychiatry, 17*, 41-48.
- Fegert JM & Stötzel M (2016). Child protection: A universal concern and a permanent challenge in the field of child and adolescent mental health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 10*, 16-19. Doi: 10.1186/s13034-016-0106-7
- Fernández Berrocal P & Extremera N (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés, 12*, 139-153.
- Fernández Berrocal P, Extremera N, & Ramos N (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751-755. Doi: 10.2466/pr0.94.3.751-755
- Ford JD & Gómez JM (2015). Self-injury and suicidality: The impact of trauma and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation, 16*, 225-231. Doi: 10.1080/15299732.2015.989648
- Gagné M (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion, 27*, 199-223
- Glenn CR, Franklin JC, & Nock MK (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 44*, 1-29. Doi: 10.1080/15374416.2019.1591281
- Gómez-Romero MJ, Limonero JT, Toro Trallero J, Montes-Hidalgo J, & Tomás-Sábado J (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés, 24*, 18-23. Doi: 10.1016/j.anyes.2017.10.007
- González Cutre D, Sierra AC, Montero Carretero C, Cervelló E, Esteve Salar J, & Alonso Álvarez J (2015). Evaluación

- de las propiedades psicométricas de la escala de Satisfacción de las Necesidades Psicológicas Básicas en General con adultos españoles. *Terapia Psicológica*, 33, 81-92. Doi: 10.4067/S0718-48082015000200003
- Heffer T & Willoughby T (2018). The role of emotion dysregulation: A longitudinal investigation of the interpersonal theory of suicide. *Psychiatry Research*, 260, 379-383. Doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2017.11.075
- Herzog JI & Schmahl C (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-8. Doi: 10.3389/fpsy.2018.00420
- Hjern A, Vinnerljung B, & Lindblad F (2004). Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: A national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 412-417. Doi: 10.1136/JECH.2003.014282
- Holt S, Buckley H, & Whelan S (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797-810. Doi: 10.1016/J.CHIABU.2008.02.004
- Iyengar U, Snowden N, Asarnow JR, Moran P, Tranah T, & Ougrin D (2018). A further look at therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: An updated systematic review of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry*, 23, 583. Doi: 10.3389/fpsy.2018.00583
- Katz LY, Au W, Singal D, Brownell M, Roos N, Martens PJ, Chateau D, Enns MW, Kozyrskyj AL, & Sareen J (2011). Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *Canadian Medical Association Journal*, 183, 1987-1990. Doi: 10.1503/cmaj.111008
- Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, & Wang PS (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2487-2495. Doi: 10.1001/jama.293.20.2487
- Kim J & Cicchetti D (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 706-716. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- King JD & Kowalchuk B (1994). *Manual for the Inventory of Suicide Orientation-30*. Minneapolis, MINN: National Computer Systems.
- Leenaars AA (1996). Suicide: A multidimensional malaise. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(2), 221-236. Doi: 10.1111/j.1943-278X.1996.tb00608.x
- Leslie LK, Gordon JN, Lambros K, Premji K, Peoples J, & Gist K (2005). Addressing the developmental and mental health needs of young children in foster care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 140-151.
- Leslie LK, James S, Monn A, Kauten MC, Zhang J, & Aarons G (2010). Health-risk behaviors in young adolescents in the child welfare system. *Journal of Adolescent Health*, 47, 26-34. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.12.032
- Lizeretti N (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la inteligencia emocional*. Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull.
- Lizeretti N (2012). *Terapia basada en inteligencia emocional: Manual de tratamiento*. Lérida: Milenio.
- McMillen J, Katz CC, & Claypool EJ (2014). An emotion regulation framework for child welfare intervention and programming. *Social Service Review*, 88(3), 443-468. Doi: 10.1086/677656
- Miller AB, Esposito-Smythers C, Weismoore JT, & Renshaw KD (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172. Doi: 10.1007/S10567-013-0131-5
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia*. Recovered from http://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/Boletin_20_DE-FINITIVO.pdf
- Miranda R, Tsypes 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*, 37, 786-795. Doi: 10.1007/s10608-013-9524-5
- Moreno Manso JM, García Baamonde ME, Guerrero Barona E, Godoy Merino MJ, Blázquez Alonso M, & González Rico P (2016). Perceived emotional intelligence and social competence in neglected adolescents. *Journal of Youth Studies*, 19, 821-835. Doi: 10.1080/13676261.2015.1112883
- Morris AS, Silk JS, Steinberg L, & Robinson LR (2009). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16, 1-26. Doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
- Pisani AR, Wyman PA, Petrova M, Schmeelk-Cone K, Goldston DB, Xia Y, & Gould MS (2013). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved

- communities. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 807-820. Doi: 10.1007/s10964-012-9884-2
- Preyde M, Vanderkooy J, Chevalier P, Heintzman J, Warne A, & Barrick K (2014). The psychosocial characteristics associated with NSSI and suicide attempt of youth admitted to an in-patient psychiatric unit. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 100-110.
- Rowe CA, Walker KL, Britton, PC, & Hirsch JK (2013). The relationship between negative life events and suicidal behavior. *Crisis*, 34, 233-241. Doi: 10.1027/0227-5910/a000173
- Salovey P & Mayer J (1997). What is emotional intelligence? In P Salovey & DJ Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, & Palfai TP (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In JW Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shneidman ES (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 145-147. Doi: 10.1097/00005053-199303000-00001
- Shneidman ES (1996). *The suicidal mind*. Nueva York: Oxford University Press.
- Simsek Z, Erol N, Öztop D, & Münir K (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review*, 29, 883-899. Doi: 10.1016/J.CHILDY-OUTH.2007.01.004
- Sueki H & Ito J (2015). Suicide prevention through online gatekeeping using search advertising techniques. *Crisis*, 36, 267-273. Doi: 10.1027/0227-5910/a000322
- Tarren-Sweeney M (2018). The mental health of adolescents residing in court-ordered foster care: Findings from a population survey. *Child Psychiatry and Human Development*, 49, 443-451. Doi: 10.1007/s10578-017-0763-7
- Taussig HN, Harpin SB, & Maguire SA (2014). Suicidality among preadolescent maltreated children in foster care. *Child Maltreatment*, 19, 17-26. Doi: 10.1177/1077559514525503
- Troister T & Holden RR (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49, 689-693. Doi: 10.1016/j.paid.2010.06.006
- Valois RF, Zullig KJ, & Hunter AA (2015). Association between adolescent suicide ideation, suicide attempts and emotional self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 237-248. Doi: 10.1007/s10826-013-9829-8
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, & Joiner TE (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575-600. Doi: 10.1037/a0018697
- Vinnerljung B, Hjern A, & Lindblad F (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients—a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 723-733. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01530.x
- Wolfe KL, Nakonezny PA, Owen VJ, Rial KV, Moorehead AP, Kennard BD, & Emslie GJ (2019). Hopelessness as a predictor of suicide ideation in depressed male and female adolescent youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49, 253-263. Doi: 10.1111/sltb.12428
- York JA, Lamis DA, Pope CA, & Egede LE (2013). Veteran-specific suicide prevention. *Psychiatric Quarterly*, 84, 219-238. Doi: 10.1007/s11126-012-9241-3
- Zlotnick C, Donaldson D, Spirito A, & Pearlstein T (1997). Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 793-798. Doi: 10.1097/00004583-199706000-00016

Received, October 3, 2019
Final Acceptance, December 20, 2019

4. DISCUSIÓN

4. Discusión

Los principales aspectos teórico-prácticos objeto de discusión con motivo de los objetivos planteados en la presente tesis doctoral se exponen a continuación:

Objetivo 1. *Efectuar una revisión sistemática de los estudios empíricos que examinaron de algún modo la relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional en población adolescente.*

Los hallazgos empíricos revisados presentan **resultados consistentes acerca de la existencia de una relación significativa entre el maltrato infantil y las dificultades de regulación emocional de los adolescentes**. Concretamente, el 92.86% de los estudios revisados evidenciaron que las experiencias de maltrato en la infancia están vinculadas a mayores dificultades emocionales en la adolescencia. Algunos aspectos como la metodología empleada, la evaluación del maltrato, las tipologías de maltrato y las habilidades de regulación emocional analizadas han demostrado incidir en la relación, aunque la heterogeneidad conceptual y operativa de las habilidades de regulación emocional analizadas dificulta la extracción de conclusiones sólidas.

Respecto a la metodología, los estudios comparativos podrían considerarse menos específicos que los correlacionales a la hora de relacionar las variables de interés, pues la presencia o ausencia de diferencias entre las habilidades emocionales de los adolescentes con historia de maltrato y las de aquellos que no presentan dichos antecedentes podría explicarse por otros factores no únicamente atribuibles a la historia de maltrato. Ello podría explicar que la prevalencia de resultados significativos sea ligeramente inferior en los que emplearon análisis comparativos. Sin ir más lejos, algunos factores como la situación administrativa (e.g., tutelados, no tutelados), la

medida de protección (e.g., acogimiento familiar o residencial) o el tiempo de institucionalización podrían incidir en los niveles de regulación emocional de los adolescentes con historia de maltrato, teniendo en cuenta que los adolescentes tutelados ostentan mayores tasas de problemáticas psicopatológicas que los no tutelados (Ford et al., 2007) y que los que están en acogimiento residencial presentan más problemáticas emocionales y conductuales que los que están en acogimiento familiar, siendo los que llevan más años institucionalizados aquellos con problemáticas más severas (Fernández-Molina et al., 2011; Llanos et al., 2014).

La metodología empleada también implica una evaluación distinta del maltrato que podría incidir en los resultados. Mientras que los análisis comparativos agrupan los adolescentes en función de su exposición a experiencias de maltrato, la mayor parte de los estudios correlacionales evalúan su severidad. En este sentido, la revisión permitió observar, en la línea de lo que sugirieron Petrenko et al. (2012), que la severidad del maltrato también podría representar un aspecto crucial para analizar su impacto en el desarrollo de las habilidades de regulación de los adolescentes.

Al analizar tipos de maltrato y estrategias emocionales específicas, en cambio, los estudios muestran resultados dispares dejando entrever ciertas tendencias que indicarían **la existencia de una la relación diferencial entre las diferentes tipologías de maltrato y las estrategias de regulación emocional**. Sin embargo, las tendencias apreciadas deben interpretarse en términos de observaciones o hipótesis puesto que la heterogeneidad conceptual y metodológica de los estudios antes mencionada impide extraer conclusiones sólidas respecto a los patrones identificados.

En primer lugar, las tendencias observadas respecto a las estrategias emocionales apoyan los postulados de Weissman et al. (2019), quienes sugieren que el maltrato contribuye en mayor medida al desarrollo de estrategias desadaptativas de

regulación emocional (e.g., rumiación, supresión) que a las dificultades en el uso de estrategias adaptativas (e.g., reevaluación cognitiva). En otras palabras, los hallazgos revisados sugieren que las experiencias de maltrato infantil promueven el uso de estrategias desadaptativas de regulación emocional en la adolescencia, aunque ello no implica que no dispongan de ciertas estrategias adaptativas para regular sus emociones, sino que su uso podría no ser efectivo en combinación con los mecanismos desadaptativos. Siguiendo los postulados de Lizeretti (2012), algunos de estos mecanismos desadaptativos (e.g., evitación, supresión) podrían fomentar el desarrollo de emociones parásitas. En estos casos, aunque se apliquen estrategias adaptativas de regulación, las emociones reguladas no corresponderán con las auténticas, lo que impedirá concluir de forma satisfactoria el ciclo emocional y resolver las necesidades subyacentes. Esta misma conclusión podría explicarse desde el modelo de Mayer y Salovey (1997), teniendo en cuenta que cuando no se identifican adecuadamente las emociones, las consiguientes habilidades necesarias para regularlas no resultarán efectivas. McLaughlin et al. (2015), por su parte, ya observaron que los adolescentes con historia de maltrato podían ejecutar tareas que requerían el uso de estrategias adaptativas de regulación emocional sin diferir de los controles en su ejecución, aunque el esfuerzo requerido (en términos de activación neuronal) era superior en el colectivo maltratado, probablemente por sus altos niveles de reactividad emocional. El uso de estrategias desadaptativas podría explicar los altos niveles de reactividad emocional de este colectivo, teniendo en cuenta que éstas aumentan la intensidad de las emociones (Gross, 1998). Al mismo tiempo, la reactividad emocional también ha demostrado promover el uso de estrategias desadaptativas en este colectivo (Weissman et al., 2019). Todo ello sugiere la existencia de una dinámica de retroalimentación entre el uso de experiencias desadaptativas y la intensidad de la experiencia emocional de este

colectivo que podría explicar sus dificultades globales de regulación emocional a través del uso de estas estrategias.

Respecto a las formas de maltrato, la revisión efectuada permite señalar el maltrato emocional como el tipo de maltrato cuya relación con las dificultades de regulación de los adolescentes es más fuerte y consistente entre la literatura. En este sentido, las estrategias desadaptativas podrían considerarse mecanismos de adaptación en un ambiente emocionalmente disfuncional cuyo desarrollo podría suponer la forma más segura de gestionar el afecto en un ambiente caótico y abusivo, al permitir reducir la angustia de los padres y su rechazo posterior (Waller et al., 2007). En cambio, no existen evidencias empíricas consistentes en la literatura acerca de la relación que establecen el maltrato físico y el abuso sexual con las dificultades de regulación emocional de los adolescentes. En este sentido, Kim y Cicchetti (2006) en su estudio longitudinal observaron que el maltrato físico y el abuso sexual tenían un mayor impacto inicial sobre las problemáticas internalizadas de los niños con historia de maltrato (autoestima y depresión), mientras que el maltrato emocional predecía una evolución más desfavorable de las mismas. Ello podría indicar que las formas de maltrato por contacto tienen más repercusiones a corto plazo, mientras que los efectos del maltrato emocional podrían incrementar en el transcurso de los años. Esta hipótesis adquiere más consistencia si tenemos en consideración que estos mismos autores volvieron a señalar en otro estudio el maltrato físico y el abuso sexual como los principales predictores de las dificultades de regulación emocional en población infantil (Kim y Cicchetti, 2010), mientras que los estudios efectuados en población adulta señalan el maltrato emocional como el predictor más robusto de las dificultades de regulación emocional (Bradbury y Shaffer, 2012; Burns et al., 2010; Soenke et al., 2010) y cuyas afectaciones en el desarrollo de sintomatología psicopatológica son más

duraderas (Soenke et al., 2010). Sin embargo, tal y como se ha expuesto en el marco teórico de esta tesis, el maltrato físico y el abuso sexual suelen ser las formas de maltrato más asociadas a las problemáticas internalizadas y externalizadas de los adolescentes. De modo que serían necesarias más investigaciones para clarificar el impacto de estas formas de maltrato en la etapa adolescente.

Otro elemento que podría incidir en las discrepancias identificadas respecto a las tipologías de maltrato, tal y como se ha mencionado en el primer capítulo de esta tesis, es el grado de comorbilidad existente entre las mismas (Manly et al., 2001). Sin embargo, la falta de estudios dirigidos a categorizar el maltrato en tipologías combinadas no permitió examinar ciertas combinaciones como objeto de análisis en la revisión. Este elemento, por tanto, constituiría otro factor relevante a considerar en futuras investigaciones a través del análisis de los efectos de ciertas combinaciones de maltrato tal y como permiten efectuar algunos sistemas de clasificación del maltrato infantil (e.g., SCJE).

Una observación destacable de la revisión respecto al maltrato físico y el abuso sexual, es que éstas parecen estar más relacionadas con las estrategias evitativas de regulación emocional, coincidiendo con lo que apuntaron Milojevich et al. (2019). En esta línea, cabe destacar los hallazgos de Pollak y Tolley-Schell (2003), quienes detectaron que los adolescentes con historia de maltrato físico prestan una atención excesiva a las expresiones de ira, lo que podría explicar la tendencia evitativa asociada a estas tipologías de maltrato. Sin embargo, esta tendencia debería ser otro objeto de análisis en futuras investigaciones, pues son pocos los estudios que lo avalan y aquellos que lo hacen presentan relaciones modestas.

Finalmente, la revisión permitió detectar un patrón distinto en la negligencia respecto a las demás tipologías de maltrato. Concretamente, un estudio reveló que esta

forma de maltrato estaba más relacionada con las dificultades en el uso de estrategias funcionales o adaptativas de regulación que con el uso de estrategias disfuncionales o desadaptativas (Mills et al., 2015). Teniendo en cuenta que este tipo de maltrato difiere de los demás en que se caracteriza por la omisión de determinados comportamientos necesarios para el correcto desarrollo, no resultaría sorprendente que tuviera un papel más relevante en la privación de los elementos necesarios para aprender a gestionar adecuadamente las emociones que en el desarrollo de mecanismos desadaptativos para afrontar situaciones abusivas. Sin embargo, una vez más, al tratarse de un hallazgo concreto, sería necesario replicar el estudio para conocer si los resultados se sostienen de forma consistente. En futuras investigaciones sobre esta forma de maltrato, también sería necesario discriminar entre la negligencia física y la emocional, pues la literatura analizada presenta resultados más consistentes respecto a la primera.

Existen otros elementos como el agente que promueve el maltrato que también podrían estar interviniendo en la relación. Concretamente, un estudio reveló que, cuando se discrimina la figura que ejerce la actuación negligente, solo la que es ejercida por la figura materna contribuye a las dificultades de identificación, descripción y expresión de las emociones (Lüdtke et al., 2016). En este sentido, Ronsenthal y Kobak (2010) subrayaron el papel principal de las madres como cuidadoras, identificándolas como fuentes primarias de apoyo emocional en la infancia y cuyo rol se extiende hasta la edad adulta temprana. Estos hallazgos llevan a plantear la hipótesis que cuando el maltrato es ejercido por la figura materna sus repercusiones en el desarrollo de habilidades de regulación emocional en la adolescencia podrían ser mayores.

Por último, los resultados revisados permiten constatar la **implicación de las habilidades de regulación emocional en el desarrollo de problemáticas asociadas al maltrato infantil**. Concretamente, las habilidades de regulación emocional han

demostrado tener un papel mediador en la relación entre el maltrato y ciertas problemáticas asociadas como la sintomatología internalizada y externalizada, las autolesiones, las ideaciones suicidas o los trastornos de la conducta alimentaria. Este hallazgo sugiere que los déficits de regulación emocional representan correlatos transdiagnósticos de psicopatologías y otras problemáticas en los adolescentes con historia de maltrato. Entre los estudios revisados predomina el análisis de la disregulación emocional como posible mediadora de la relación que establece el maltrato con las autolesiones y con la sintomatología internalizada. Esta tendencia es congruente con la literatura que pone de relieve la relación inespecífica entre el maltrato y la psicopatología a través de la sintomatología internalizada y externalizada (Duprey et al., 2019; Keyes et al., 2012) y que concibe las autolesiones como una estrategia desadaptativa de regulación emocional en personas que han crecido en entornos invalidantes (Guérin-Marion et al., 2020; Linehan, 1993).

En síntesis, los resultados revisados confirman la relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional de los adolescentes, así como la relevancia de estas últimas en el desarrollo de las problemáticas asociadas al maltrato. Estos hallazgos ponen de relieve la importancia de abordar las estrategias emocionales en quienes han sufrido experiencias de maltrato durante esta etapa crítica del desarrollo a fin de prevenir las consecuencias negativas del maltrato. Sin embargo, esta relación puede verse afectada por múltiples variables que deben tenerse en cuenta (e.g., tipo de maltrato, severidad, combinación de tipologías de maltrato, agente del maltrato) que al no ser consideradas por todos los estudios revisados dificultan su análisis, señalando la necesidad de seguir explorando su relación diferencial con las habilidades de regulación emocional. Los resultados también indican la necesidad de profundizar en el análisis de las estrategias específicas afectadas por el maltrato, pues la mayoría de las

investigaciones analizan medidas globales de disregulación emocional y las que evalúan estrategias específicas lo hacen desde conceptualizaciones teóricas y operativas dispares. También se ha detectado una falta de investigaciones dirigidas a evaluar la relación entre las experiencias de maltrato y la IE desde un modelo de habilidad, teniendo en cuenta que las investigaciones revisadas sobre IE lo hacen desde modelos mixtos, que engloban componentes que no responden necesariamente a habilidades de regulación emocional, y que el modelo de habilidad ofrece la posibilidad de analizar un conjunto de habilidades exhaustivas para medir las estrategias de regulación emocional a través de componentes susceptibles de ser desarrollados mediante un abordaje terapéutico.

Por otro lado, es importante subrayar que una de las principales limitaciones de la revisión efectuada fue la imposibilidad de registrar índices que permitieran establecer comparaciones sobre la magnitud de los resultados revisados a través de medidas estandarizadas del tamaño del efecto, lo que llevó a registrar medidas correlacionales que podrían verse condicionadas por el tamaño de la muestra analizada en cada caso y que impiden interpretar los resultados en términos de causalidad, lo que también debería tenerse en cuenta en futuras investigaciones.

Respecto a las implicaciones de la revisión, los hallazgos obtenidos pueden ser de utilidad tanto en el campo de la investigación, al señalar aquellos elementos necesarios a tener en cuenta en futuras investigaciones para explorar el impacto del maltrato infantil sobre las habilidades de regulación emocional de los adolescentes, como la práctica clínica, al poner de relieve mediante evidencias empíricas la necesidad de promover las habilidades de regulación emocional como objetivo terapéutico en este colectivo, teniendo en cuenta que las particularidades de la relación señaladas a lo largo

de la revisión podrían ser de utilidad a la hora de adaptar las estrategias de intervención en función de las características de cada caso.

Objetivo 2. *Examinar las habilidades de inteligencia emocional percibida, el riesgo de suicidio y las necesidades psicológicas básicas de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial.*

Respecto a los niveles de IEP, los resultados obtenidos ponen en evidencia que **los adolescentes institucionalizados presentan niveles moderadamente bajos en las tres habilidades que la constituyen, siendo las dificultades para discriminar con claridad los estados emocionales las más destacadas.** Sin embargo, sobre la mitad de los participantes presentaron niveles bajos tanto en claridad (54.10%) como en reparación emocional (44.26%), lo que refleja la tendencia de este colectivo a presentar dificultades en ambas dimensiones. Estos resultados van en la misma línea que los hallazgos previos, donde los adolescentes de esta población demostraron presentar dificultades en las tres habilidades de IEP siendo más marcadas en claridad y reparación, aunque en éstos las dificultades de reparación emocional fueron más destacadas que las de claridad (Moreno-Manso et al., 2016, 2017). Todo ello pone de relieve la necesidad de abordar las habilidades para percibir con claridad los estados emocionales y para reparar aquellos que generan malestar en este colectivo, al tratarse de las principales experiencias meta-cognitivas vinculadas al desajuste psicológico de los adolescentes (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006; Fernández-Berrocal y Ramos, 1999) y al uso de estrategias desadaptativas de regulación como la rumiación, la supresión y la inhibición emocional (Fernández-Berrocal et al., 1998, 1999, 2006; Martín et al., 2008). Asimismo, cabe tener en cuenta que la reparación emocional constituye en sí misma una estrategia adaptativa de regulación emocional que conlleva

una mayor capacidad para afrontar las experiencias emocionales negativas (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005a). La habilidad para atender a las propias emociones, por su parte, parece ser aquella en la que presentan niveles más adecuados, lo que representa un dato favorable teniendo en cuenta las múltiples problemáticas y mecanismos desadaptativos a los que se han relacionado, sobre todo, los altos niveles de atención emocional (e.g., Moriarty et al., 2001; Pena et al., 2011). Sin embargo, cabe destacar que más de un tercio de la muestra (34.43%) presentó puntuaciones bajas y que, por tanto, es necesario fomentar la atención emocional en este subgrupo a fin de que puedan tomar consciencia de la propia experiencia emocional e identificar las necesidades subyacentes.

Respecto al riesgo de suicidio, **los resultados obtenidos señalan a estos adolescentes como un colectivo con riesgo de suicidio**. Concretamente, los adolescentes analizados presentan un riesgo de suicidio moderado-alto, siendo alto en el 42.6% de los adolescentes tras considerar los ítems críticos. Esta prevalencia supone más del triple de la que se detectó en una muestra de adolescentes españoles de población general (Gómez-Romero et al., 2018). Asimismo, estos adolescentes presentan niveles moderadamente altos en todos los factores de riesgo, siendo la incapacidad de afrontamiento y los sentimientos desesperanza los más destacados. Ello indica la necesidad de fomentar la capacidad para llevar a cabo estrategias efectivas de afrontamiento en este colectivo, teniendo en cuenta que éste ha sido concebido como uno de los tres elementos comunes en toda dinámica hacia el suicidio (Shneidman, 1993), así como uno de los principales elementos que deberían abordar los programas de prevención (OMS, 2014). Asimismo, la incapacidad de afrontamiento se relaciona con las dificultades de los participantes para percibir las emociones con claridad. Los resultados obtenidos respecto a los elevados niveles de desesperanza de este colectivo,

por su parte, coinciden con los hallazgos de la literatura previa (Sulimani-Aidan et al., 2019) y también constituyen un importante factor de riesgo que se ha relacionado en este estudio con las dificultades para discriminar y reparar los estados emocionales. Los niveles de baja autoestima y aislamiento, por su parte, se presentan como moderados, aunque en una franja superior del rango. De modo que, aunque estos factores no se presentan con tanta fuerza, los niveles son suficientemente significativos como para ser considerados. Finalmente, el 39.3% de los adolescentes manifestó haber experimentado ideaciones suicidas, dato que ya requiere más atención pues, aunque concuerda con los obtenidos en estudios previos respecto a la misma población (Duppong-Hurley et al., 2014), triplica los obtenidos en adolescentes españoles procedentes de población general (Kirchner et al., 2011) y supera también aquellos obtenidos en adolescentes tutelados en acogimiento familiar, que se sitúan entre el 10.24% y el 26.8% (Evans et al., 2005).

Los resultados obtenidos respecto a las NPB, por su parte, serían aquellos que otorgarían menos apoyo a la hipótesis formulada. En este sentido, el estudio efectuado reveló que **los adolescentes institucionalizados presentan un grado de satisfacción moderado-alto de las necesidades de autonomía y relación**. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Sala-Roca et al. (2009), quienes señalaron el funcionamiento autónomo de este colectivo como su principal habilidad, alegando que el fomento de la autonomía constituye una de las principales líneas de trabajo de los educadores de los centros. Respecto a la necesidad de relación, los hallazgos podrían sugerir que la convivencia con iguales en las mismas circunstancias puede fomentar una sensación de pertenencia a este grupo de iguales, dato que se considera favorable teniendo en cuenta que la necesidad de pertenencia representa uno de los dos factores de riesgo proximales a través de los cuales se relacionan los demás desde la Teoría

Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). **Sin embargo, éstos presentan niveles más bajos respecto a su percepción de competencia.** Este hallazgo indicaría que estos adolescentes tienden a sentirse menos eficaces en las actividades diarias y en su interacción con el entorno, siendo la percepción de eficacia un factor asociado a bajos niveles de IEP en jóvenes de población general (Salguero et al., 2015).

Por otro lado, los hallazgos obtenidos en este estudio sostienen que **los niveles de IEP están relacionados con el riesgo de suicidio y el grado de satisfacción de las NPB de este colectivo.** Concretamente, los resultados obtenidos en este estudio permiten concluir que las habilidades de claridad y reparación emocional se relacionan con puntuaciones más favorables en este colectivo (menor riesgo de suicidio y mayor grado de satisfacción de las NPB), mientras que la atención emocional se relaciona con indicadores más desfavorables (mayor riesgo de suicidio y menor grado de satisfacción de las NPB). Ello indica que la discriminación entre los propios estados emocionales, junto con la prolongación de aquellos que resultan positivos y la interrupción de los negativos, constituyen destrezas relevantes para disminuir el riesgo de suicidio de este colectivo. Estos resultados apoyan las evidencias que señalan la claridad y la reparación emocional como las habilidades de IEP más asociadas al ajuste psicológico de los adolescentes (e.g., Fernández-Berrocal et al., 2006; Latorre y Montañés, 2004; Pena et al., 2011), así como los hallazgos que relacionaron la atención emocional con un estilo de afrontamiento desadaptativo en población adolescente (Pena et al., 2011). Más específicamente, los resultados obtenidos respecto a las ideaciones suicidas coinciden con los que presentaron Extremera et al. (2018) en adolescentes españoles víctimas de acoso cibernético, donde la atención emocional se relacionó con una mayor presencia de ideaciones suicidas, mientras que los niveles de claridad y reparación emocional correlacionaron negativamente con la presencia de ideaciones.

Por otro lado, mientras que tanto la claridad como la reparación emocional se relacionan significativamente con niveles inferiores en cada uno de los factores de riesgo, el hecho de prestar más atención a los estados emocionales fomenta, específicamente, el aislamiento social y el desarrollo de ideaciones suicidas en este colectivo. Estos hallazgos nos llevan a plantear que el hecho de prestar atención a los estados emocionales en un colectivo que no los discrimina con claridad ni los repara adecuadamente conlleva repercusiones negativas reflejadas en las interacciones sociales y en el desarrollo de ideaciones suicidas. Asimismo, por lo que respecta a las habilidades de claridad y reparación emocional, las investigaciones previas efectuadas en adolescentes de población general apoyan los resultados obtenidos respecto a su relación con mayores niveles de autoestima (Fernández-Berrocal et al., 2006), un estilo de afrontamiento más adaptativo (Pena et al., 2011) y un menor riesgo de suicidio (Gómez-Romero et al., 2018). Finalmente, el riesgo de suicidio de este colectivo también se relaciona con un menor grado de satisfacción de sus NPB, especialmente, de la percepción de competencia, lo que permite afirmar, una vez más, que los hallazgos obtenidos en población general (Britton et al., 2014; Hill y Pettit, 2013; Liu et al., 2019; Rowe et al., 2013; Tucker y Wingate, 2014) también son aplicables en este colectivo.

Finalmente, contrariamente a lo esperado, los resultados obtenidos indican que **los años de institucionalización no inciden significativamente en los niveles de IEP, riesgo de suicidio y satisfacción de las NPB de este colectivo. Sin embargo, el motivo de tutela tiene un impacto significativo en sus niveles de atención emocional, competencia, ideación suicida y riesgo total.** Concretamente, aquellos que sufrieron experiencias de maltrato físico o abuso sexual prestan más atención a sus emociones, se perciben como menos competentes, experimentan más ideaciones suicidas y, en general, tienen un mayor riesgo de suicidio que los que fueron víctimas de

negligencia. Estos hallazgos apoyarían las tendencias observadas en el estudio anterior que sostienen la existencia de una relación diferencial entre las distintas tipologías de maltrato y las problemáticas asociadas en la adolescencia. Asimismo, los resultados coinciden con la literatura previa que señala el maltrato físico y el abuso sexual como los tipos de maltrato con mayor repercusión en el desarrollo de comportamientos suicidas, así como de problemáticas internalizadas y externalizadas en los adolescentes (Duprey et al., 2019; Lau et al., 2005). Por otro lado, los resultados obtenidos también complementan los hallazgos previos que indicaron que los adolescentes que sufrieron maltrato físico prestan una excesiva atención a las expresiones de ira de los demás (Pollak y Tolley-Schell, 2003). Ello indicaría que los altos niveles de atención emocional de los que han sufrido este tipo de maltrato no solo son aplicables a las emociones de los demás sino también a las propias. De modo que, la elevada presencia de ideaciones suicidas y, en general, de riesgo de suicidio en este subgrupo podría explicarse por sus niveles superiores de atención emocional. Por otro lado, los resultados también permiten constatar que aquellos que sufrieron maltrato emocional o psicológico tienden a experimentar más ideaciones suicidas que los que fueron víctimas de negligencia. Estos hallazgos podrían indicar que los adolescentes con historia de maltrato emocional, al haber desarrollado más estrategias desadaptativas para afrontar situaciones abusivas tal y como se observó en el estudio anterior, recurren con mayor facilidad a pensamientos suicidas en comparación con los que fueron víctimas de negligencia. En síntesis, las tipologías activas de maltrato (maltrato físico, sexual y emocional) han demostrado estar asociadas a un mayor riesgo de suicidio en este colectivo en comparación con el maltrato pasivo o por omisión (negligencia). Cabe tener en cuenta que, siguiendo los postulados de la Teoría Interpersonal del Suicidio, el riesgo de suicidio en las víctimas de estos tipos de maltrato debe tenerse en especial

consideración, al ser considerado un colectivo con capacidad adquirida para llevarlo a cabo (Joiner, 2005).

Por último, más allá de las limitaciones señaladas en el mismo estudio, cabe destacar que en éste se empleó un sistema de clasificación jerárquico (SCJ), lo que implicó categorizar del maltrato infantil a través del tipo de maltrato predominante de entre los que fueron registrados como motivos de tutela. Este sistema de clasificación se seleccionó con el fin de sistematizar la información de una forma clara y sencilla que permitiera ser comparada con los hallazgos de la literatura de este campo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que podrían darse combinaciones de maltrato con implicaciones específicas sobre las variables analizadas, de modo que podría ser interesante de cara a futuras investigaciones replicar el estudio mediante otro sistema de clasificación del maltrato para contrastar los resultados obtenidos. Por otro lado, en futuros estudios también podría ser interesante ampliar los análisis efectuados con modelos de regresión que permitieran conocer el valor predictivo de las variables que demostraron estar relacionadas con el riesgo de suicidio de estos adolescentes.

Respecto a las implicaciones de este estudio, los resultados obtenidos ponen de relieve la necesidad de abordar las habilidades para percibir con claridad y reparar los estados emocionales en este colectivo, al ser aquellas en las que presentan dificultades y que, a su vez, están más relacionadas con su riesgo de suicidio, teniendo en consideración las especificidades señaladas en función del tipo de maltrato experimentado.

Objetivo 3. *Evaluar el impacto de la Terapia basada en Inteligencia Emocional sobre el riesgo de suicidio de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial.*

Los resultados obtenidos en el tercer estudio confirmarían parcialmente la presente hipótesis. Concretamente, éstos indican que **la TIE tiene un impacto global significativo en la reducción del riesgo de suicidio de los participantes, aunque ésta solo ejerce un impacto significativo sobre algunas habilidades de IEP y NPB.**

Concretamente, respecto al riesgo de suicidio, **la TIE ha demostrado tener un impacto significativo en la reducción global del riesgo de suicidio de los participantes a través de la disminución de sus niveles de ideación suicida y de desesperanza.** El marcado descenso de las ideaciones suicidas de los participantes tras completar el tratamiento constituye un dato especialmente relevante, teniendo en cuenta que cualquier tratamiento destinado a la prevención del suicidio debería ser capaz de abordar de algún modo este elemento precursor (Kessler et al., 2005). Sin embargo, si comparamos sus efectos con los de otras terapias que demostraron reducir significativamente los niveles de ideación suicida en población adolescente, tanto de modalidad grupal (TCC; Straub et al., 2014) como individual (TDC-A; Rathus y Miller, 2002), observamos que el impacto de la TIE es claramente inferior. Cabe tener en cuenta que, al no haber identificado ninguna intervención cuyos efectos sobre el riesgo de suicidio fueran analizados en una muestra tutelada, los efectos de la TIE se comparan con los de intervenciones que han sido aplicadas en adolescentes procedentes de población clínica en tratamiento ambulatorio. De modo que, teniendo en cuenta que la muestra analizada constituye un colectivo muy particular y de especial vulnerabilidad por las experiencias vividas y la falta de un apoyo familiar, no se puede afirmar que las intervenciones comparadas tendrían los mismos efectos en este colectivo. Por otro lado, durante la aplicación de la TIE se observaron perfiles de personalidad con ciertos rasgos

muy marcados y dispares entre los participantes que podrían explicar la heterogeneidad de puntuaciones obtenidas respecto a las variables analizadas, dificultando que el efecto de la intervención pueda alcanzar un tamaño más destacado. Por este motivo, habría sido relevante disponer de una medida destinada a evaluar los rasgos de personalidad de los participantes para poder analizar la implicación de esta variable en los resultados obtenidos e identificar aquellos perfiles más susceptibles de beneficiarse de la intervención.

Respecto al porcentaje de pérdida muestral, en cambio, los valores obtenidos en la TIE (26.2%) son similares e incluso ligeramente inferiores a los que tienden a presentar los tratamientos validados para reducir el riesgo de suicidio en población adolescente de modalidad individual y grupal, cuyo porcentaje se sitúa entre el 27% y el 40% (Donaldson et al., 2005; Rathus y Miller, 2002; Stanley et al., 2009; Wood et al., 2001). En este caso, cabe tener en cuenta que la TIE se aplicó, por lo general, en las dependencias del centro en el que residían los participantes, mientras que las terapias comparadas solían aplicarse en contextos clínicos a través de una atención ambulatoria. De modo que el contexto en el que se aplicó la TIE podría facilitar la asistencia y la continuidad de los participantes con el tratamiento.

El impacto de la TIE sobre los niveles de desesperanza de los participantes constituye otro de los datos más relevantes, teniendo en cuenta que los adolescentes que cometen tentativas y los que cometen gestos suicidas pueden discriminarse por sus niveles de desesperanza (Sulik y Garfinkel, 1992). En base a estas consideraciones, la capacidad de la TIE para reducir los sentimientos de desesperanza implicaría también reducir el riesgo de que este colectivo cometa actos que puedan llegar a ser letales. Asimismo, las evidencias empíricas previas constataron que la desesperanza ejerce un impacto significativo sobre el desarrollo de ideaciones suicidas, teniendo incluso la

capacidad para mediar significativamente la relación entre la falta de estrategias de afrontamiento y las ideaciones (Miranda et al., 2013). De modo que los efectos de la TIE sobre los niveles de desesperanza de los participantes podrían explicar, en parte, su impacto sobre las ideaciones suicidas, lo que podría considerarse especialmente relevante en colectivos que presentan dificultades para gestionar sus emociones como el analizado teniendo en cuenta los hallazgos previos.

Respecto a los niveles de autoestima y aislamiento, en cambio, la TIE no demostró tener un impacto significativo en este colectivo. Cabe tener en cuenta que la autoestima se construye a través de la incorporación de las actitudes y valoraciones de los demás hacia uno mismo, particularmente de aquellas que proceden de los cuidadores principales (Bowlby, 1986), y que la valoración de uno mismo, junto con la de los demás, constituye el estilo de apego adulto (Camps-Pons et al., 2014). En base a estas consideraciones, el autoconcepto y la autoestima podrían considerarse elementos con especial arraigo en la personalidad de los individuos y, por tanto, menos susceptibles de ser modificados a través de una intervención de estas características. Por otro lado, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio anterior, el aislamiento fue el factor de riesgo menos destacado en el colectivo analizado y la NPB de relación la más cubierta, por lo que los niveles iniciales podrían no ser lo suficientemente desfavorables como para ser susceptibles de ser mejorados significativamente a través de la intervención.

Finalmente, el segundo análisis efectuado en el estudio permitió apreciar una reducción significativa de los niveles de incapacidad de afrontamiento en el total de los participantes que completaron la TIE. Ello podría indicar que la falta de significación obtenida respecto a esta variable en los análisis principales puede deberse al tamaño de la muestra con la que se realizaron. Sin embargo, teniendo en cuenta que los resultados

de este segundo análisis no pudieron compararse con una evaluación control (lista de espera), la mejora apreciada respecto a la capacidad para afrontar las emociones no puede atribuirse al tratamiento.

Respecto a la IEP, **la TIE solo tiene efectos significativos sobre la habilidad para percibir y discriminar con claridad las emociones**. Estos resultados contrastan con los que proporcionó la TIE en su versión original con adultos de población clínica, donde aumentaron significativamente tanto los niveles de claridad como los de reparación emocional (Lizeretti, 2009). Sin embargo, cabe tener que la claridad emocional fue la habilidad que los participantes tenían menos desarrollada antes de iniciar el tratamiento y, por tanto, la más susceptible de ser fomentada a través de la intervención. Asimismo, el fomento de esta habilidad puede conllevar una mayor recuperación ante los estados de ánimo negativos (reparación emocional) y una menor tasa de pensamientos rumiativos y estrategias de supresión (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005). De modo que el desarrollo de esta habilidad podría promover un menor uso de ciertos mecanismos disfuncionales de regulación emocional. De hecho, en el estudio se apreció una cierta mejora en las habilidades de reparación emocional de los participantes que, aunque no fue significativa, nos lleva a valorar la necesidad de explorarlo en un estudio replicado con una muestra más extensa.

En relación a las NPB, **el impacto de la TIE solo es significativo sobre la percepción de competencia de estos adolescentes** que corresponde, una vez más, con aquella que tenían menos cubierta antes de iniciar la intervención. Estos resultados indican que la TIE contribuye al aumento de la percepción de autoeficacia y recursos personales de los participantes. Este impacto resulta relevante en el colectivo analizado teniendo en cuenta que la percepción de competencia demostró ser, en el estudio anterior, la más vinculada al riesgo de suicidio del colectivo analizado.

En síntesis, los hallazgos obtenidos permiten constatar que la TIE representa una modalidad terapéutica indicada para mitigar los factores de riesgo de suicidio de este colectivo. Ello indicaría que una intervención dirigida a reforzar las habilidades de regulación emocional de estos adolescentes contribuye a una mayor capacidad percibida para discriminar las experiencias emocionales con claridad y a una mayor percepción de competencia en la realización de actividades diarias y en su interacción con el entorno, que concurren con una disminución de los sentimientos de desesperanza y de ideaciones suicidas. Estos hallazgos permiten ofrecer una modalidad terapéutica dinámica y grupal dirigida a un colectivo vulnerable respecto al que no se han validado intervenciones psicoterapéuticas destinadas a reducir las problemáticas que confieren riesgo de suicidio. Asimismo, esta intervención no solo permite mitigar el riesgo de suicidio de este colectivo, sino que también aumenta su percepción de autoeficacia, lo que podría conllevar importantes implicaciones en otros ámbitos de su vida en términos de funcionalidad.

A pesar de lo señalado, la presente investigación cuenta con una serie de limitaciones que deben tenerse en consideración. La primera hace referencia al tamaño de la muestra analizada. Cabe tener en cuenta que las características del estudio dificultaron la obtención de una muestra extensa. Concretamente, el hecho de aplicar una intervención de cuatro meses de duración en diferentes grupos reducidos aplicando un diseño de medidas repetidas que requiere de una evaluación previa cuatro meses antes de iniciar cada intervención implica disponer de importantes recursos humanos para poder asumir una muestra más extensa. Asimismo, el hecho de investigar en un colectivo especialmente vulnerable y protegido conlleva rigurosos procedimientos dirigidos a garantizar que se cumplen una serie de principios éticos. Estos impidieron iniciar la investigación aplicando todos los procedimientos que requería el diseño

aplicado, lo que llevó a tener que prescindir de una parte importante de la muestra que fue sometida al tratamiento en los análisis principales. Sin embargo, todo ello conllevó que algunas mejoras apreciadas en los análisis complementarios efectuados con una muestra más extensa (e.g., mejora percibida en la capacidad de afrontamiento) no pudieran ser identificadas en los análisis principales y, por tanto, no pudieron ser atribuidas a la intervención. Esta limitación también conllevó que no se pudiera analizar si el motivo por el cual fueron tutelados los participantes incidía significativamente en su respuesta al tratamiento, pues algunos motivos de tutela tuvieron una representatividad muy baja en los análisis principales para poder explorar su incidencia en los resultados obtenidos.

Otra limitación especialmente relevante de la investigación fue la imposibilidad de contar con la medida de seguimiento que se pretendía efectuar a los cuatro meses de haber completado la TIE. En el transcurso de la investigación, se observó que el diseño de medidas repetidas, aunque se consideró el más indicado para que todos los participantes de la muestra pudieran recibir el tratamiento y para comparar las dos evoluciones (con la TIE y con el tratamiento habitual) evitando la interferencia de otros factores ajenos a la intervención (e.g., características personales, trastornos psicopatológicos, tratamiento habitual), éste produjo un importante efecto fatiga en los participantes fruto de su exposición repetida a sesiones de evaluación, que llevó a tener que suprimir la sesión de seguimiento para evitar resultados excesivamente sesgados bajo este efecto. Otra limitación que podría derivar del diseño aplicado estaría relacionada con el momento temporal de las evaluaciones, pues los diseños de medidas repetidas impiden efectuar las evaluaciones de ambos grupos en un mismo periodo temporal, por lo que algunos factores relacionados con la época del año en la que se efectuaron las evaluaciones podrían incidir en los resultados obtenidos.

Por otro lado, el hecho de no controlar si los participantes recibían tratamiento farmacológico en el momento de la intervención también podría suponer una limitación. Sin embargo, uno de los principales motivos por los que no se acabó recogiendo esta variable fue el hecho de que el diseño aplicado permite controlar o, al menos, minimiza sustancialmente los efectos de esta limitación. Cabe tener en cuenta que los diseños de medidas repetidas permiten controlar los efectos de estas variables al comparar la evolución de participantes recibiendo su tratamiento habitual con su evolución siendo sometidos al mismo tratamiento habitual y a la TIE. De modo que el único supuesto en el que esta variable no quedaría controlada sería en el caso de que hubieran iniciado el tratamiento farmacológico a partir del momento en el que iniciaron la TIE, lo cual tampoco podría haber sido controlado si se hubiera recogido este dato antes de iniciarla.

Finalmente, el hecho de no haber podido disponer de datos objetivos respecto a las habilidades de IE (identificación, facilitación, comprensión y regulación) recogidos mediante un instrumento de habilidad no ha permitido examinar de forma objetiva las habilidades que se vieron más fomentadas en este colectivo durante el desarrollo de la TIE, siendo un aspecto especialmente relevante para la interpretación de los hallazgos obtenidos.

La principal implicación del presente estudio es la de aportar una modalidad terapéutica para reducir el riesgo de suicidio de un colectivo en el que no se han validado intervenciones con este fin. Sin embargo, tal y como se ha ido exponiendo a lo largo de esta discusión, sería interesante de cara a futuras investigaciones poder replicar el estudio con una muestra ampliada, aplicando una medida de seguimiento y administrando cuestionarios que permitan recoger información respecto a las dimensiones de la personalidad y los niveles de IE objetiva de los participantes.

5. CONCLUSIONES

5. Conclusiones

En síntesis, de los hallazgos obtenidos en cada uno de los estudios efectuados, se pueden extraer las siguientes conclusiones que permiten dar respuesta a las hipótesis generales y específicas formuladas.

Hipótesis general y específicas del Artículo 1

Hipótesis general 1: *La literatura previa indicará la existencia de una relación entre el maltrato infantil y las dificultades de regulación emocional de los adolescentes.*

Los hallazgos obtenidos en el primer estudio confirmarían esta primera hipótesis general. Éstos se detallan en cada una de las hipótesis específicas que contiene:

Se confirma la hipótesis específica 1: *Los estudios empíricos previos presentarán resultados consistentes acerca de una relación significativa entre el maltrato infantil y las dificultades de regulación emocional de los adolescentes.*

El 92.86% de los estudios revisados constatan la existencia de una relación significativa entre el maltrato infantil y las dificultades de regulación emocional de los adolescentes: IE, regulación emocional o estrategias específicas conceptualizadas como habilidades de regulación emocional. Sin embargo, existe una importante **heterogeneidad metodológica entre los estudios empíricos dirigidos a explorar la relación entre el maltrato infantil y las habilidades de regulación emocional de los adolescentes** que impide la extracción de conclusiones sólidas y pone de relieve la necesidad de profundizar en esta relación a través de las conceptualizaciones empleadas en este campo y replicando los procedimientos metodológicos ya efectuados a fin de poder comparar los resultados. Asimismo, **las investigaciones de este campo dirigidas a evaluar la IE lo hacen desde los denominados modelos mixtos**, y, por tanto, aunque evalúan ciertas habilidades que

podrían estar implicadas en la regulación emocional (e.g., auto conciencia emocional, solución de problemas), engloban otros componentes más próximos a variables de personalidad (e.g., independencia, felicidad) y relacionados con competencias sociales (e.g., asertividad relaciones interpersonales). Ello indica la necesidad de explorar la relación desde un modelo de habilidad que permita identificar aquellas habilidades implicadas en el proceso de regulación emocional que se ven más afectadas como consecuencia de las diferentes experiencias de maltrato infantil

Se confirma la hipótesis específica 2: *Los hallazgos empíricos previos mostrarán la existencia de una relación diferencial entre las distintas formas de maltrato infantil y las estrategias de regulación emocional de los adolescentes.*

Las diferentes tipologías de maltrato se relacionan diferencialmente con las habilidades de regulación emocional de los adolescentes, siendo el maltrato emocional el más asociado, así como el maltrato físico y el abuso sexual los que presentan resultados más inconsistentes. Ello refleja la necesidad de evaluar el maltrato infantil distinguiendo entre sus diferentes formas, teniendo en cuenta otros elementos que han demostrado ser relevantes, como su severidad y el agente que lo promueve.

Se confirma la hipótesis específica 3: *Los hallazgos empíricos previos constatarán la influencia de las dificultades de regulación emocional en el desarrollo de problemáticas asociadas al maltrato en la adolescencia.*

Los estudios empíricos revisados que analizaron la implicación de las dificultades de regulación emocional en el desarrollo de problemáticas asociadas al maltrato constataron el **impacto significativo de estas dificultades en el desarrollo de sintomatología internalizada y externalizada, autolesiones, ideaciones suicidas, y trastornos de la conducta alimentaria,** poniendo de relieve la importancia de

desarrollar las habilidades de regulación emocional como objetivo de abordaje terapéutico para prevenir el desarrollo de estas problemáticas.

Hipótesis general y específicas del Artículo 2

Hipótesis general 2: *Los adolescentes tutelados en acogimiento residencial presentarán dificultades en las habilidades de inteligencia emocional percibida, así como riesgo de suicidio y necesidades psicológicas básicas insatisfechas.*

Los hallazgos obtenidos en el segundo estudio muestran resultados dispares que confirmarían parcialmente esta segunda hipótesis general y que son detallados en cada una de las hipótesis específicas que contiene:

Se confirma parcialmente la hipótesis específica 4: *Los adolescentes tutelados en acogimiento residencial presentarán bajos niveles de atención, claridad y reparación emocional, así como riesgo de suicidio y necesidades psicológicas básicas insatisfechas.*

Los adolescentes tutelados en acogimiento residencial presentan **riesgo de suicidio, así como claras dificultades para discriminar las emociones con claridad y dificultades más moderadas para repararlas adecuadamente.** Sin embargo, sus niveles de atención emocional y su grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas son adecuados, aunque la percepción de competencia parece ser la necesidad menos cubierta en este colectivo.

Se confirma la hipótesis específica 5: *La inteligencia emocional percibida correlacionará con el riesgo de suicidio y las necesidades psicológicas básicas insatisfechas. Concretamente, la atención emocional correlacionará positivamente con el riesgo de suicidio y negativamente con el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, mientras que la claridad y la reparación emocional lo harán*

negativamente con el riesgo de suicidio y el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas.

La inteligencia emocional percibida de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial se relaciona significativamente con el riesgo de suicidio y las necesidades psicológicas básicas de este colectivo. Concretamente, **las habilidades de claridad y reparación emocional se relacionan con un menor riesgo de suicidio y con un mayor grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, mientras que la atención emocional se relaciona con un mayor riesgo de suicidio y con un menor grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas.** Asimismo, las habilidades de claridad y reparación emocional presentan asociaciones más fuertes con las variables mencionadas y, a diferencia de la atención emocional, se relacionan con la mayoría de los indicadores de riesgo de suicidio de este colectivo.

Se confirma parcialmente la hipótesis específica 6: *El motivo de tutela y los años de institucionalización incidirán significativamente en la relación analizada.*

Contrariamente a lo esperado, **los años de institucionalización de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial no inciden significativamente en sus niveles de IEP, riesgo de suicidio y satisfacción de las necesidades básicas.** Sin embargo, **el motivo por el que fueron tutelados tiene un impacto significativo en sus niveles de atención emocional, competencia, ideación suicida y riesgo de suicidio total,** siendo aquellos que sufrieron experiencias de maltrato físico o abuso sexual los que prestan más atención a sus emociones, se perciben como menos competentes, experimentan más ideaciones suicidas y, en general, presentan un mayor riesgo de suicidio y aquellos que fueron víctimas de negligencia los que presentan indicadores menos desfavorables en estas dimensiones.

Hipótesis general y específicas del Artículo 3

Hipótesis general 3. *La Terapia basada en Inteligencia Emocional tendrá un impacto significativo, en términos de mejoría, sobre la inteligencia emocional percibida, el riesgo de suicidio y el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial.*

Los hallazgos obtenidos vuelven a mostrar resultados dispares que confirmarían parcialmente esta tercera hipótesis general y que son detallados en la hipótesis específica que contiene:

Se confirma parcialmente la hipótesis específica 7: *La aplicación de la Terapia basada en Inteligencia Emocional en este colectivo conllevará un aumento significativo de sus habilidades de inteligencia emocional percibida y del grado de satisfacción de sus necesidades psicológicas básicas, así como una reducción significativa de sus niveles de riesgo de suicidio.*

La TIE ha demostrado reducir significativamente el riesgo de suicidio de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial a través de su impacto en la disminución de los niveles de desesperanza y de ideación suicida. Sin embargo, respecto a las demás variables, **la TIE solo tuvo un impacto significativo en el desarrollo de la habilidad para percibir con claridad los estados emocionales y en el aumento de la percepción de competencia,** que coinciden con las variables que se presentaron como más desfavorables inicialmente en este colectivo. Ello permite concluir **la TIE puede ser una alternativa terapéutica indicada para abordar el riesgo de suicidio de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial,** así como para fomentar sus habilidades de claridad emocional y aumentar su percepción de competencia. Algunas limitaciones de la presente investigación (e.g., tamaño reducido de la muestra, falta de medidas de personalidad y de habilidad para evaluar la dimensión

objetiva de la IE, falta de una evaluación de seguimiento) indican la necesidad de replicar la investigación teniendo en consideración estos elementos.

Recomendaciones para prácticos y responsables políticos:

Las conclusiones extraídas de los hallazgos obtenidos en la presente tesis doctoral permiten trazar una serie de recomendaciones que pueden ser de utilidad para implementar en el ámbito:

- Incluir **indicadores de maltrato infantil como parámetro para la evaluación del riesgo de suicidio** en los colectivos adolescentes y fomentar el abordaje de las experiencias de maltrato entre las víctimas como mecanismo de prevención.
- Aplicar **programas dirigidos a fomentar las habilidades de regulación emocional de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial**. Estos programas deben hacer hincapié en el desarrollo de habilidades para identificar con claridad los estados emocionales y en la adquisición de estrategias para reparar aquellos que resultan negativos.
- **Incorporar la figura del psicólogo en los CRAEs** para intervenir también a nivel individual, tanto puntualmente ante crisis emocionales agudas que requieran la adquisición de herramientas para su gestión, como para garantizar un abordaje terapéutico continuado que permita elaborar las experiencias de maltrato y, consiguientemente, revertir su escasa autopercepción de competencia y el uso de patrones emocionales desadaptativos.

Referencias

- Abdollahi, A., Carlbring, P., Khanbani, M., y Ghahfarokhi, S. A. (2016). Emotional intelligence moderates perceived stress and suicidal ideation among depressed adolescent inpatients. *Personality and Individual Differences, 102*, 223-228. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.015>
- Abdollahi, A., y Talib, M. A. (2015). Emotional intelligence as a mediator between rumination and suicidal ideation among depressed inpatients: The moderating role of suicidal history. *Psychiatry Research, 228*(3), 591-597. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.046>
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms y Profiles*. ASEBA.
- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., y Perry, C. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine, 30*(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.09.013>
- Agnew-Blais, J., y Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(4), 342-349. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00544-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00544-1)
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy, 48*(10), 974-983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2012a). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 50*(7-8), 493-501. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.004>
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2012b). When are adaptive strategies most predictive

- of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(1), 276-281.
<https://doi.org/10.1037/a0023598>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Allbaugh, L. J., Florez, I. A., Turmaud, D. R., Quyyum, N., Dunn, S. E., Kim, J., y Kaslow, N. J. (2017). Child abuse-suicide resilience link in african american women: Interpersonal psychological mediators. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, *26*(10), 1055-1071.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1350773>
- Allport, G. W. (1927). Concepts of trait and personality. *Psychological Bulletin*, *24*(5), 284-293. <https://doi.org/10.1037/h0073629>
- Amitai, M., y Apter, A. (2012). Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *9*(3), 985-994. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030985>
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., y Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, *49*(7), 1057-1078.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., y O'Farrill-Swails, L. (2005). Single versus multi-type maltreatment: An examination of the long-term effects of child abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *11*(4), 29-52.
https://doi.org/10.1300/J146v11n04_02
- Àrea de Suport als Joves Tutelats i Extutelats (2017). *Quins són els perfils dels joves tutelats per la DGAIA? Enquesta als educadors sobre els adolescents d'entre 15 i*

17 anys amb mesura protectora (11). Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

<https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/detalls/Article/perfilesTutelatsDGAIA>

Asamblea General de las Naciones Unidas (1989, noviembre). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Biblioteca Virtual en Salud: Legislación en Salud.

<http://legislacion.bvsalud.org/php/level.php?lang=esycomponent=37yitem=9>

Asarnow, J. R., y Miranda, J. (2014). Improving care for depression and suicide risk in adolescents: Innovative strategies for bringing treatments to community settings. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 275-303.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153742>

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.), pp. 801-803.

Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E., Martínez de Antoñana, R., y Pulido, M. (2006). Perceived emotional intelligence and life satisfaction among university teachers. *Psicothema, 18 Suppl*, 152-157.

Baard, P. P., Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology, 34*(10), 2045-2068. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb02690.x>

Balan, R., Dobrea, A., Roman, G. D., y Balazsi, R. (2016). Indirect effects of parenting practices on internalizing problems among adolescents: The role of expressive suppression. *Journal of Child and Family Studies, 26*(1), 40-47. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0532-4>

Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-I): A test of emotional intelligence*. Multi-Health Systems.

- Bargh, J. A., y Williams, L. E. (2007). The case for nonconscious emotion regulation. En: J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 429-445). Guilford Press.
- Barnett, D., Manly, J. T., y Cicchetti, D. (1991). Continuing toward an operational definition of psychological maltreatment. *Development and Psychopathology*, 3(1), 19-29. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005046>
- Barnett, D., Manly, J. T., y Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. En D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy* (pp. 7-74). Ablex.
- Bartholomew, K. J., Ntoumanis, N., Ryan, R. M., Bosch, J. A., y Thøgersen-Ntoumani, C. (2011). Self-Determination Theory and diminished functioning: The role of interpersonal control and psychological need thwarting. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(11), 1459-1473. <https://doi.org/10.1177/0146167211413125>
- Beauchaine, T. P. (2015). Future directions in emotion dysregulation and youth psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(5), 875-896. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038827>
- Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman A. (1976). Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: Risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
- Boeninger, D. K., Masyn, K. E., Feldman, B. J., y Conger, R. D. (2010). Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among european american adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 451-464. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>

- Borowsky, I. W., Ireland, M., y Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*, *107*(3), 485-493.
<https://doi.org/10.1542/peds.107.3.485>
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Morata.
- Bradbury, L. L., y Shaffer, A. (2012). Emotion dysregulation mediates the link between childhood emotional maltreatment and young adult romantic relationship satisfaction. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *21*(5), 497-515.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2012.678466>
- Bradley, M. M., Codispoti, M., y Lang, P. J. (2006). A multi-process account of startle modulation during affective perception. *Psychophysiology*, *43*(5), 486-497.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2006.00412.x>
- Bravo, A., y del Valle, J. F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, *13*(2), 197-204.
- Bravo, A., y del Valle, J. F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, *30*(1), 42-52.
- Brent, D. A., Greenhill, L. L., Compton, S., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J. T., Vitiello, B., Bukstein, O., Stanley, B., Posner, K., Kennard, B. D., Cwik, M. F., Wagner, A., Coffey, B., March, J. S., Riddle, M., Goldstein, T., Curry, J., Barnett, S., ... Turner, J. B. (2009). The treatment of adolescent suicide attempters study (TASA): Predictors of suicidal events in an open treatment trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(10), 987-996.
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbe4>
- Brent, D. A., y Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics*, *133C*(1), 13-24.
<https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30042>

- Brent, D. A., McMakin, D. L., Kennard, B. D., Goldstein, T. R., Mayes, T. L., y Douaihy, A. B. (2013). Protecting adolescents from self-harm: A critical review of intervention studies. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1260-1271. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.009>
- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D. J., Allan, M. J., Allman, M. J., y Zelenak, J. P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45(6), 581-588. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800100056008>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., y Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(3-4), 372-394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Briggs-Gowan, M. J., Pollak, S. D., Grasso, D., Voss, J., Mian, N. D., Zobel, E., McCarthy, K. J., Wakschlag, L. S., y Pine, D. S. (2015). Attention bias and anxiety in young children exposed to family violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(11), 1194-1201. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12397>
- Britton, P. C., Van Orden, K. A., Hirsch, J. K., y Williams, G. C. (2014). Basic psychological needs, suicidal ideation, and risk for suicidal behavior in young adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 362-371. <https://doi.org/10.1111/sltb.12074>
- Brumariu, L. E. (2015). Parent-child attachment and emotion regulation. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 148, 31-45. <https://doi.org/10.1002/cad.20098>
- Bryan, C. J. (2011). The clinical utility of a brief measure of perceived burdensomeness and thwarted belongingness for the detection of suicidal military personnel.

Journal of Clinical Psychology, 67(10), 981-992.

<https://doi.org/10.1002/jclp.20726>

Bureau, J. S., Mageau, G. A., Vallerand, R. J., Rousseau, F. L., y Otis, J. (2012). Self-determination: A buffer against suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(4), 377-393. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00097.x>

Burns, E. E., Jackson, J. L., y Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(8), 801-819.

<https://doi.org/10.1080/10926771.2010.522947>

Calkins, S. D., Gill, K. L., Johnson, M. C., y Smith, C. L. (1999). Emotional reactivity and emotional regulation strategies as predictors of social behavior with peers during toddlerhood. *Social Development*, 8(3), 310-334.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1169537>

Campos, R. C., y Holden, R. R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 71(10), 994-1003.

<https://doi.org/10.1002/jclp.22196>

Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., y Cifré, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: Implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25(1), 67-74. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70028-3](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70028-3)

Camras, L. A., Sachs-Alter, E., y Ribordy, S. C. (1996). Emotion understanding in maltreated children: Recognition of facial expressions and integration with other emotion cues. En M. Lewis y M. W. Sullivan (Eds.), *Emotional development in atypical children* (pp. 203–225). Lawrence Erlbaum Associated, Inc.

Cano-Vindel, A., Sirgo, A., y Díaz-Ovejero, M. B. (1999). Control, defensa y expresión

de emociones: Relaciones con salud y enfermedad. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 69-90). Ariel.

Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Postuvan, V., Saiz, P., Varnik, A., y Wasserman, D. (2014). A newly identified group of adolescents at «invisible» risk for psychopathology and suicidal behavior: Findings from the SEYLE study. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 13(1), 78-86. <https://doi.org/10.1002/wps.20088>

Carliner, H., Gary, D., McLaughlin, K. A., y Keyes, K. M. (2017). Trauma exposure and externalizing disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey adolescent supplement. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(9), 755-764. <https://doi.org/10.1016/j.jphysbeh.2017.03.040>

Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., y Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 143(2), 119-137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>

Casullo, M. M., y Liporace, M. F. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(21), 9-22.

Cha, C. B., y Nock, M. K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 422-430. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f44>

- Cheng, A. T. A., Chen, T. H., Chen, C. C., y Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(4), 360-365.
<https://doi.org/10.1192/bjp.177.4.360>
- Christ, C., De Waal, M. M., Dekker, J. J. M., van Kuijk, I., Van Schaik, D. J. F., Kikkert, M. J., Goudriaan, A. E., Beekman, A. T. F., y Messman-Moore, T. L. (2019). Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PloS One*, *14*(2), 1-18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211882>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., y Podlogar, M. C. (2017). The Interpersonal Theory of Suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, *143*(12), 1313-1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Chung, M. C., y Chen, Z. S. (2017). Child abuse and psychiatric co-morbidity among chinese adolescents: Emotional processing as mediator and PTSD from past trauma as moderator. *Child Psychiatry and Human Development*, *48*(4), 610-618.
<https://doi.org/10.1007/s10578-016-0687-7>
- Ciarrochi, J., Chan, A. Y. C., y Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, *31*(7), 1105-1119.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00207-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00207-5)
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., y Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, *32*, 197-209. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00012-5)
- Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y. C., y Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the

- emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28(3), 539-561. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00119-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00119-1)
- Cicchetti, D. (2002). The impact of social experience on neurobiological systems: Illustration from a constructivist view of child maltreatment. *Cognitive Development*, 17(3-4), 1407-1428. [https://doi.org/10.1016/S0885-2014\(02\)00121-1](https://doi.org/10.1016/S0885-2014(02)00121-1)
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., y Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7(1), 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006301>
- Cicchetti, D., y Banny, A. (2014). A Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment. En M. Lewis y K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 723–741). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_37
- Cicchetti, D., y Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation* (Vol. 2, pp. 32-71). Wiley y Sons.
- Cicchetti, D., y Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6-20. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>
- Cicchetti, D., y Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 1, 409-438. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>
- Coates, A. A., y Messman-Moore, T. L. (2014). A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 38(1), 103-113.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.005>

Cole, P. M., Fox, N. A., Zahn-Waxler, C., Usher, B. A., y Welsh, J. D. (1996).

Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(4), 518-529.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.4.518>

Cole, P. M., Martin, S. E., y Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*(2), 317-333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>

Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., y Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin, 143*(9), 939-991.

<https://doi.org/10.1037/bul0000110>

Congreso de los Diputados. (1978, 29 de diciembre). *Constitución Española*. Boletín Oficial del Estado, 29313-29424. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>.

Congreso de los Diputados. (1996, 17 de enero). *Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor*. Boletín Oficial del Estado, 15. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1069>.

Congreso de los Diputados. (2006, 20 de julio). *Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del estatuto de autonomía de cataluña*. Boletín Oficial del Estado, 172, 27269-27310. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13087>

Coohey, C., Dirks-Bihun, A., Renner, L. M., y Baller, R. (2014). Strain, depressed mood and suicidal thoughts among maltreated adolescents in the United States.

Child Abuse and Neglect, 38(7), 1171-1179.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.04.008>

Cooper, M. L., Shaver, P. R., y Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1380-1397. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1380>

Corcoran, J., Dattalo, P., Crowley, M., Brown, E., y Grindle, L. (2011). A systematic review of psychosocial interventions for suicidal adolescents. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2112-2118.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.06.017>

Curran, E., Adamson, G., Rosato, M., De Cock, P., y Leavey, G. (2018). Profiles of childhood trauma and psychopathology: US National Epidemiologic Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(11), 1207-1219.

<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1525-y>

Davies, C. D., Niles, A. N., Pittig, A., Arch, J. J., y Craske, M. G. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 35-43.

<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.08.002>

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J., y Bille-Brahe, U. (2006).

Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO

Multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4>

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. Norton.

Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2000). The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2008). Self-determination Theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.
<https://doi.org/10.1037/a0012801>
- Del Valle, J. F., y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Pirámide.
- Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., y Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence? *Child Development*, 74(1), 238-256. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00533>
- Dereboy, Ç., Demirkapi, E. Ş., Şakiroğlu, M., y Öztürk, C. Ş. (2018). The relationship between childhood traumas, identity development, difficulties in emotion regulation and psychopathology. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 29(4), 269-278.
<https://doi.org/10.5080/u20463>
- Diamond, G., Creed, T., Gillham, J., Gallop, R., y Hamilton, J. L. (2012b). Sexual trauma history does not moderate treatment outcome in attachment-based family therapy (ABFT) for adolescents with suicide ideation. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 595-605. <https://doi.org/10.1037/a0028414>
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., Levy, S., Closs, C., Ladipo, T., y Siqueland, L. (2012a). Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: A treatment development study and open trial with preliminary findings. *Psychotherapy*, 49(1), 62-71. <https://doi.org/10.1037/a0026247>
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., y Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122-131.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.002>

Diamond, L. M., y Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, 27(2), 125-156.

<https://doi.org/10.1023/A:1024521920068>

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (2016, diciembre). *Informe Estadístic Mensual. Desembre de 2016.*

https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/07infanciaiaadolescencia/dades_sistema_proteccio/2016_12_informe_final.pdf

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (2017, diciembre). *Informe Estadístic Mensual. Desembre de 2017.*

https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/07infanciaiaadolescencia/dades_sistema_proteccio/2017_12_informe.pdf

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (2018, diciembre). *Informe Estadístic Mensual. Desembre de 2018.*

https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/07infanciaiaadolescencia/dades_sistema_proteccio/2018_12_informe_DGAIA.pdf

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (2019, diciembre). *Informe Estadístic Mensual. Desembre de 2019.*

https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/07infanciaiaadolescencia/dades_sistema_proteccio/2019_12_informe_DGAIA.pdf

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (2020, enero). *Informe Estadístic Mensual. Gener de 2020.*

https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematic/07infanciaiaadolescencia/dades_sistema_proteccio/2019_01_informe_DGAIA.pdf

- Dirks, A. (2017). Treatment for the suicidal adolescent: A critical analysis of the cognitive-behavioral approach. *Acta Psychopathologica*, 3(4), 38.
<https://doi.org/10.4172/2469-6676.100110>
- Donaldson, D., Spirito, A., y Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 113-120.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00003>
- Donath, C., Graessel, E., Baier, D., Bleich, S., y Hillemacher, T. (2014). Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatrics*, 14(113). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-113>
- Duppong-Hurley, K., Wheaton, R. L., Mason, W. A., Schnoes, C. J., y Epstein, M. H. (2014). Exploring suicide risk history among youth in residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 31(4), 316-327.
<https://doi.org/10.1080/0886571X.2014.958377>
- Duprey, E. B., Oshri, A., y Liu, S. (2019). Developmental pathways from child maltreatment to adolescent suicide-related behaviors: The internalizing and externalizing comorbidity hypothesis. *Development and Psychopathology*, 1-15.
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000919>
- Eggert, L. L., Nicholas, L. J., y Owen, L. M. (1995). *Reconnecting youth: A peer group approach to building life skills*. National Educational Service.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., y Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 495-525.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
- Elfenbein, H. A., Foo, M. Der, White, J., Tan, H. H., y Aik, V. C. (2007). Reading your

counterpart: The benefit of emotion recognition accuracy for effectiveness in negotiation. *Journal of Nonverbal Behavior*, 31(4), 205-223.

<https://doi.org/10.1007/s10919-007-0033-7>

Emery, A. A., Heath, N. L., y Mills, D. J. (2016). Basic psychological need satisfaction, emotion dysregulation, and non-suicidal self-Injury engagement in young adults: An application of Self-Determination Theory. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(3), 612-623. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0405-y>

English, D. J., y The LONGSCAN Investigators (1997). *Modified maltreatment classification system*. <http://www.iprc.unc.edu/longscan/>

Ernst, M., y Fudge, J. L. (2009). A developmental neurobiological model of motivated behavior: Anatomy, connectivity and ontogeny of the triadic nodes. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(3), 367-382.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.10.009>

Espeleta, H. C., Brett, E. I., Ridings, L. E., Leavens, E. L. S., y Mullins, L. L. (2018). Childhood adversity and adult health-risk behaviors: Examining the roles of emotion dysregulation and urgency. *Child Abuse and Neglect*, 82, 92-101.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.05.027>

Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., y Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250.

<https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.3.239>

Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., y Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, 122-129.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.020>

Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2002). La evaluación de la inteligencia emocional en el aula como factor protector de diversas conductas problema: Violencia, impulsividad y desajuste emocional. En F. A. Muñoz, B. Molina y F. Jiménez (Eds.), *Actas del I Congreso Hispanoamericano de Educación y Cultura de Paz* (pp. 599-605). Universidad de Granada.

Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: Evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6(2), 1607-4041. <https://doi.org/10.1989/ejep.v4i2.84>

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., y Salovey, P. (2006). Spanish versión of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) version 2.0: Reliabilities, age and gender differences. *Psicothema*, 18, 42-48.

Extremera, N., Quintana-Orts, C., Mérida-López, S., y Rey, L. (2018). Cyberbullying victimization, self-esteem and suicidal ideation in adolescence: Does emotional intelligence play a buffering role? *Frontiers in Psychology*, 9, 367. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00367>

Extremera, N., Salguero, J. M., y Fernández-Berrocal, P. (2011). Trait Meta-Mood and subjective happiness: A 7-week prospective study. *Journal of Happiness Studies*, 12(3), 509-517. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9233-7>

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., y Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: Datos preliminares. *Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica*, 1, 83-84.

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., y Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual*

Differences Research, 4(1), 16-27.

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., y Ramos, N. (1999). The influence of emotional intelligence on the emotional adjustment in highschool students. *Bulletin of Kharkov State University*, 439(1-2), 119-123.

Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2005a). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: Una revisión de los estudios con el TMMS. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 101-122.

Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2005b). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 63-93.

Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 139-153.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>

Fernández-Berrocal, P., y Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5(2-3), 247-260.

Fernández-Molina, M., del Valle, J. F., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1), 1-6.

Ferragut, M., y Fierro, A. (2012). Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(3), 95-104.

Fiedler, K. (1988). Emotional mood, cognitive style, and behavior regulation. En K. Fiedler y J. P. Forgas (Eds.), *Affect, cognition, and social behavior* (pp. 100-119).

Hogrefe.

Ford, J. D., y Gómez, J. M. (2015). The relationship of psychological trauma, and dissociative and posttraumatic stress disorders to non-suicidal self-injury and suicidality: A review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 232-271.

<https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., y Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319-325.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025023>

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>

Freedenthal, S., Lamis, D. A., Osman, A., Kahlo, D., y Gutierrez, P. M. (2011).

Evaluation of the psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire-12 in samples of men and women. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6), 609-623. <https://doi.org/10.1002/jclp.20782>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*.

[https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(2\).pdf](https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(2).pdf)

Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion*, 27, 199-223

García-Coll, V., Graupera-Sanz, J. L., Ruiz-Pérez, L. M., y Palomo-Nieto, M. (2013).

Inteligencia emocional en el deporte: Validación española del Schutte Self Report Inventory (SSRI) en deportistas españoles. *Cuadernos de Psicología del Deporte*,

13(1), 25-36.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. Basic Books.

Garnefski, N., y Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>

Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Rose, D. T., Whitehouse, W. G., Donovan, P., Hogan, M. E., Cronholm, J., y Tierney, S. (2001). History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 425-446.

<https://doi.org/10.1023/A:1005586519986>

Glenn, C. R., Franklin, J. C., y Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 1-29.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1591281>

Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., y Boatman, A. E. (2020). Annual research review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 61(3), 294-308.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence. Why it can matter more than IQ*. Bantam Books.

Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T., Toro Trallero, J., Montes-Hidalgo, J., y Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18-23.

<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.007>

González-Cutre, D., Sierra, A. C., Montero-Carretero, C., Cervelló, E., Esteve-Salar, J., y Alonso-Álvarez, J. (2015). Evaluación de las propiedades psicométricas de la escala de Satisfacción de las Necesidades Psicológicas Básicas en General con adultos españoles. *Terapia Psicológica*, 33(2), 81-92. doi:10.4067/S0718-48082015000200003

Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Gruber, M. J., Zaslavskym, A. M., y Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113-123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>

Green, J. M., Wood, A. J., Kerfoot, M. J., Trainor, G., Roberts, C., Rothwell, J., Woodham, A., Ayodeji, E., Barrett, B., Byford, S., y Harrington, R. (2011). Group therapy for adolescents with repeated self harm: Randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ*, 342, d682. <https://doi.org/10.1136/bmj.d682>

Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S., y Jozefiak, T. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse and Neglect*, 45, 122-134. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.003>

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089->

2680.2.3.271

- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., y Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Guérin-Marion, C., Martin, J., Lafontaine, M. F., y Bureau, J. F. (2020). Invalidating caregiving environments, specific emotion regulation deficits, and non-suicidal self-injury. *Child Psychiatry and Human Development*, 51(1), 39-47. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00908-2>
- Hallensleben, N., Spangenberg, L., Kapusta, N. D., Forkmann, T., y Glaesmer, H. (2016). The German version of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) – Dimensionality, psychometric properties and population-based norms. *Journal of Affective Disorders*, 195, 191-198. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.045>
- Hanish, L. D., Eisenberg, N., Fabes, R. A., Spinrad, T. L., Ryan, P., y Schmidt, S. (2004). The expression and regulation of negative emotions: Risk factors for young children's peer victimization. *Development and Psychopathology*, 16(2), 335-353. <https://doi.org/10.1017/S0954579404044542>
- Happé, F., y Frith, U. (1996). Theory of mind and social impairment in children with conduct disorder. *British Journal of Developmental Psychology*, 14(4), 385-398. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835x.1996.tb00713.x>
- Harkness, K. L., y Wildes, J. E. (2002). Childhood adversity and anxiety versus dysthymia co-morbidity in major depression. *Psychological Medicine*, 32(7),

1239-1249. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006177>

Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V., Woodham, A., y Byford, S. (1998). Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(5), 512-518.

[https://doi.org/10.1016/S0890-8567\(14\)60001-0](https://doi.org/10.1016/S0890-8567(14)60001-0)

Hart, S. N., y Brassard, M. R. (1991). Psychological maltreatment: Progress achieved. *Development and Psychopathology*, 3(1), 61-70.

<https://doi.org/10.1017/S0954579400005095>

Hatkevich, C., Penner, F., y Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Research*, 271, 230-238. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.038>

Hawkins, K. A., Hames, J. L., Ribeiro, J. D., Silva, C., Joiner, T. E., y Cogle, J. R. (2014). An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Journal of Psychiatric Research*, 50(1), 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.12.005>

Hazell, P. L., Martin, G., McGill, K., Kay, T., Wood, A., Trainor, G., y Harrington, R. (2009). Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: Failure of replication of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 48(6), 662-670.

<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181a0acec>

Heleniak, C., Jenness, J. L., Vander Stoep, A., McCauley, E., y McLaughlin, K. A. (2016). Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: A transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 394-415.

<https://doi.org/10.1007/s10608-015-9735-z>

Herrera, V. M., y McCloskey, L. A. (2003). Sexual abuse, family violence, and female delinquency: Findings from a longitudinal study. *Violence and Victims*, 18(3), 319-

334. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.3.319>

Hill, A. L., Degnan, K. A., Calkins, S. D., y Keane, S. P. (2006). Profiles of externalizing behavior problems for boys and girls across preschool: The roles of emotion regulation and inattention. *Developmental Psychology*, 42(5), 913-928.

<https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.5.913>

Hill, R. M., y Pettit, J. W. (2013). The role of autonomy needs in suicidal ideation:

Integrating the interpersonal-psychological theory of suicide and self-determination theory. *Archives of Suicide Research*, 17(3), 288-301.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2013.777001>

Hjern, A., Vinnerljung, B., y Lindblad, F. (2004). Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: A national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(5), 412-417.

<https://doi.org/10.1136/JECH.2003.014282>

<https://doi.org/10.1136/JECH.2003.014282>

Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C. L. H., y Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of Affective Disorders*, 198, 189-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.050>

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.050>

Hovens, J. G. F. M., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., y

Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198-

207. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>

Howard, R., Karatzias, T., Power, K., y Mahoney, A. (2017). From childhood trauma to self-harm: An investigation of theoretical pathways among female prisoners.

Clinical Psychology and Psychotherapy, 24(4), 942-951.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2058>

Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., y Edwards, J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), 183-190.

<https://doi.org/10.1097/00004583-200402000-00014>

Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior: An introduction to behavior theory*. Appleton-Century.

Instituto Nacional de Estadística de España. (2018). *Defunciones según la causa de muerte*. [Nota de Prensa]. https://www.ine.es/prensa/edcm_2017.pdf

Jackson, S., y Cameron, C. (2014). *Improving access to further and higher education for young people in public care*. European Policy and Practice.

Jaffee, S. R. (2017). Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 525-551.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005>

Jee, S. H., Szilagyi, M., Conn, A. M., Nilsen, W., Toth, S., Baldwin, C. D., y Szilagyi, P. G. (2011). Validating office-based screening for psychosocial strengths and difficulties among youths in foster care. *Pediatrics*, 127(5), 904-910.

<https://doi.org/10.1542/peds.2010-1350>

Jehu, D. (1992). Personality problems among adults molested as children. *Sexual and Marital Therapy*, 7(3), 231-249. <https://doi.org/10.1080/02674659208404484>

John, O. P., y Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>

- John, S. G., Cisler, J. M., y Sigel, B. A. (2017). Emotion regulation mediates the relationship between a history of child abuse and current PTSD/depression severity in adolescent females. *Journal of Family Violence*, 32(6), 565-575.
<https://doi.org/10.1007/s10896-017-9914-7>
- Johnson, E. J., y James, C. (2016). Effects of child abuse and neglect on adult survivors. *Early Child Development and Care*, 186(11), 1836-1845.
<https://doi.org/10.1080/03004430.2015.1134522>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Josephson, B. R., Singer, J. A., y Salovey, P. (1996). Mood regulation and memory: Repairing sad moods with happy memories. *Cognition and Emotion*, 10(4), 437-444. <https://doi.org/10.1080/026999396380222>
- Ju, S., y Lee, Y. (2018). Developmental trajectories and longitudinal mediation effects of self-esteem, peer attachment, child maltreatment and depression on early adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 76, 353-363.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.015>
- Kasser, V. G., y Ryan, R. M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and morality in nursing home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 935-954.
- Katz, L. Y., Au, W., Singal, D., Brownell, M., Roos, N., Martens, P. J., Chateau, D., Enns, M. W., Kozyrskyj, N. L., y Sareen, J. (2011). Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *CMAJ*, 183(17), 1977-1981.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.110749>
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., y Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276-282.

<https://doi.org/10.1097/00004583-200403000-00008>

Keefer, K. V., Holden, R. R., y Parker, J. D. A. (2013). Longitudinal assessment of trait emotional intelligence: Measurement invariance and construct continuity from late childhood to adolescence. *Psychological Assessment, 25*(4), 1255-1272.

<https://doi.org/10.1037/a0033903>

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs: Volume 1. Theory and personality*. Routledge.

Kelly, P. A., Viding, E., Puetz, V. B., Palmer, A. L., Mechelli, A., Pingault, J. B., Samuel, S., y McCrory, E. J. (2015). Sex differences in socioemotional functioning, attentional bias, and gray matter volume in maltreated children: A multilevel investigation. *Development and Psychopathology, 27*(4 Pt 2), 1591-1609. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000966>

Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., y Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in man and women. *Archives of General Psychiatry, 60*(9), 929-937. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.929>

Kerr, D. C., Reinke, W. M., y Eddy, J. M. (2013). Trajectories of depressive symptoms and externalizing behaviors across adolescence: Associations with histories of suicide attempt and ideation in early adulthood. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(1), 50-66. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00127.x>

Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., y Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal of the American Medical Association, 293*(20), 2487-2495. <https://doi.org/10.1001/jama.293.20.2487>

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A.,

- Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., De Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(5), 378-385.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., McLaughlin, K. A., Wall, M. M., Grant, B. F., y Hasin, D. S. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *200*(2), 107-115.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093062>
- Kim, J., y Cicchetti, D. (2006). Longitudinal trajectories of self-system processes and depressive symptoms among maltreated and nonmaltreated children. *Child Development*, *77*(3), 624-639. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00894.x>
- Kim, J., y Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(6), 706-716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>
- Kinard, E. M. (1998). Classifying type of child maltreatment: Does the source of information make a difference? *Journal of Family Violence*, *13*(1), 105-112.
<https://doi.org/10.1023/A:1022816917865>
- King, J. D., y Kowalchuk, B. (1994). *Manual for the Inventory of Suicide Orientation-30*. National Computer Systems.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., y Zanini, D. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *39*(4), 226-235.

- Kokkinos, C. M., Algiovanoglou, I., y Voulgaridou, I. (2019). Emotion regulation and relational aggression in adolescents: Parental attachment as moderator. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 3146-3160. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01491-9>
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., y Iacono, W. G. (2005). Externalizing psychopathology in adulthood: A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 537-550. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.537>
- Kudinova, A. Y., Owens, M., Burkhouse, K. L., Barretto, K. M., Bonanno, G. A., y Gibb, B. E. (2016). Differences in emotion modulation using cognitive reappraisal in individuals with and without suicidal ideation: An ERP study. *Cognition and Emotion*, 30(5), 999-1007. <https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1036841>
- Lahey, B. B., Krueger, R. F., Rathouz, P. J., Waldman, I. D., y Zald, D. H. (2017). A hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span. *Psychological Bulletin*, 143(2), 142-186. <https://doi.org/10.1037/bul0000069>
- Landry, G. J., Simon, M. M., Webb, I. C., y Mistlberger, R. E. (2006). Persistence of a behavioral food-anticipatory circadian rhythm following dorsomedial hypothalamic ablation in rats. *American Journal of Physiology - Regulatory Integrative and Comparative Physiology*, 290(6), 1527-1534. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00874.2005>
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., y Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(8), 824-830. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.8.824>

- Latorre, J. M., y Montañés, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 29-41.
- Lau, A. S., Leeb, R. T., English, D., Graham, J. C., Briggs, E. C., Brody, K. E., y Marshall, J. M. (2005). What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 29, 533-551. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.005>
- Laurent, G., Hecht, H. K., Ensink, K., y Borelli, J. L. (2020). Emotional understanding, aggression, and social functioning among preschoolers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(1), 9-21. <https://doi.org/10.1037/ort0000377>
- Law, K. C., Khazem, L. R., y Anestis, M. D. (2015). The role of emotion dysregulation in suicide as considered through the ideation to action framework. *Current Opinion in Psychology*, 3, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.01.014>
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., y Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-39>
- LeMoult, J., Humphreys, K. L., King, L. S., Colich, N. L., Price, A. N., Ordaz, S. J., y Gotlib, I. H. (2019). Associations among early life stress, rumination, symptoms of psychopathology, and sex in youth in the early stages of puberty: A moderated mediation analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(2), 199-207. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0430-x>
- Leslie, L. K., James, S., Monn, A., Kauten, M. C., Zhang, J., y Aarons, G. (2010). Health-risk behaviors in young adolescents in the child welfare system. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.032>
- Levinger, S., Somer, E., y Holden, R. R. (2015). The importance of mental pain and

- physical dissociation in youth suicidality. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 322-339. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.989644>
- Liau, A. K., Liau, A. W. L., Teoh, G. B. S., y Liau, M. T. L. (2003). The case for emotional literacy: The influence of emotional intelligence on problem behaviours in Malaysian secondary school students. *Journal of Moral Education*, 32(1), 51-66. <https://doi.org/10.1080/0305724022000073338>
- Linehan, M. M. (1986). Suicidal people: One population or two? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 87, 16-33. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1986.tb27882.x>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linscott, R. J., y Van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: On the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43(6), 1133-1149. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>
- Litrownik, A. J., Lau, A., English, D. J., Briggs, E., Newton, R. R., Romney, S., y Dubowitz, H. (2005). Measuring the severity of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 29(5), 553-573. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.010>
- Liu, Y., Gul, H., Zhang, J., y Usman, M. (2020). Abusive supervision and suicidal ideation: The mediating role of basic psychological need satisfaction. *Death Studies*, 44(9), 578-585. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1609134>
- Lizeretti, N. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la inteligencia emocional* [tesis doctoral, Universitat Ramon Llull].

https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_P_Lizeretti.pdf?sequence=1

Lizeretti, N. (2012). *Terapia basada en inteligencia emocional: Manual de tratamiento*. Milenio.

Llanos, A., Bravo, A., y del Valle, J. F. (2006, noviembre). *Perfiles problemáticos y necesidades emergentes en acogimiento residencial* [simposio]. VIII Congreso Estatal de Infancia Maltratada. Promoviendo el bienestar infantil: Tratándoles bien, tratándonos bien, Santander.

Lopes, P. N., Salovey, P., y Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35(3), 641-658. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00242-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00242-8)

Lüdtke, J., In-Albon, T., Michel, C., y Schmid, M. (2016). Predictors for DSM-5 nonsuicidal self-injury in female adolescent inpatients: The role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. *Psychiatry Research*, 239, 346-352. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.026>

Mandracchia, J. T., y Smith, P. N. (2015). The interpersonal theory of suicide applied to male prisoners. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 293-301. <https://doi.org/10.1111/sltb.12132>

Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., y Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13(4), 759-782. <https://doi.org/10.1017/s0954579401004023>

Martín, M. L., García, D. Á. H., y Mérida, J. A. M. (2008). Relaciones entre inteligencia emocional y ajuste psicológico en una muestra de alumnos de enseñanza secundaria. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 31-41.

- Martinez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17(1), 3-13.
<https://doi.org/10.2190/68vd-dfxb-k5aw-pqay>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Maughan, A., y Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(5), 1525-1542. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00488>
- Mayer, J. D., Caruso, D., y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M., y Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5403y4_29
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D., y Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT v.2.0. *Emotion*, 3, 97-105.
- Mayoral Simón, J. (2015). El sistema de protecció a la infància i l'adolescència de Catalunya. *Revista de Treball Social*, 205, 28-41.
- McCann, J. B., James, A., Wilson, S., y Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313(7071), 1529-1530. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7071.1529>
- McClelland, D. C. (1985). *Human motivation*. Scott Foresman.

- McGee, R. A., y Wolfe, D. A. (1991). Between a rock and a hard place: Where do we go from here in defining psychological maltreatment? *Development and Psychopathology*, 3(1), 119-124. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005162>
- McGee, R. A., Wolfe, D. A., y Wilson, S. K. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. *Development and Psychopathology*, 9(1), 131-149. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001107>
- McIlvain, S. J., Miller, B., Lawhead, B. A., Barbosa-Leiker, C., y Anderson, A. (2015). Piloting yoga and assessing outcomes in a residential behavioural health unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 199-207. <https://doi.org/10.1111/jpm.12184>
- McLaughlin, K. A., Aldao, A., Wisco, B. E., y Hilt, L. M. (2014). Rumination as a transdiagnostic factor underlying transitions between internalizing symptoms and aggressive behavior in early adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 13-23. <https://doi.org/10.1037/a0035358>
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69(11), 1151-1160. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>
- McLaughlin, K. A., y Hatzenbuehler, M. L. (2009). Mechanisms linking stressful life events and mental health problems in a prospective, community-based sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(2), 153-160. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.06.019>
- McLaughlin, K. A., y Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: Mechanisms of risk and resilience. *Physiology & Behavior*, 14, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004>

- McLaughlin, K. A., y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- McLaughlin, K. A., Peverill, M., Gold, A. L., Alves, S., y Sheridan, M. A. (2015). Child maltreatment and neural systems underlying emotion regulation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(9), 753-762. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.06.010>
- McMillen, J. C., Zima, B. T., Scott, L. D., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M. T., y Spitznagel, E. L. (2005). Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(1), 88-95. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000145806.24274.d2>
- Messman-Moore, T. L., y Bhuptani, P. H. (2017). A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 154-169. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12193>
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 339-352. <https://doi.org/10.1037/a0031994>
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismoore, J. T., y Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>

Miller, A. L., Rathus, J. H., y Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. The Guilford Press.

Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., y Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse and Neglect*, 39, 156-166.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.011>

Milojevich, H. M., Levine, L. J., Cathcart, E. J., y Quas, J. A. (2018). The role of maltreatment in the development of coping strategies. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 54, 23-32.
<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2017.10.005>

Milojevich, H. M., Norwalk, K. E., y Sheridan, M. A. (2019). Deprivation and threat, emotion dysregulation, and psychopathology: Concurrent and longitudinal associations. *Development and Psychopathology*, 31(3), 847-857.
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000294>

Miranda, R., Tsypes, A., Gallagher, M., y Rajappa, K. (2013). Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 786-795.
<https://doi.org/10.1007/s10608-013-9524-5>

Montserrat, C., Casas, F., y Bertrán, I. (2013). Desigualdad de oportunidades educativas entre los adolescentes en acogimiento residencial y familiar. *Infancia y Aprendizaje*, 36(4), 443-453. <https://doi.org/10.1174/021037013808200267>

Moran, P. B., Vuchinich, S., y Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse and Neglect*, 28, 565-574. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.12.002>

Moreno-Manso, J. M., García-Baamonde, M. E., Guerrero-Barona, E., Godoy-Merino,

- M. J., Blázquez-Alonso, M., y González-Rico, P. (2016). Perceived emotional intelligence and social competence in neglected adolescents. *Journal of Youth Studies*, 19(6), 821-835. <https://doi.org/10.1080/13676261.2015.1112883>
- Moreno-Manso, J. M., García-Baamonde, M. E., Guerrero-Barona, E., y Pozueco-Romero, J. M. (2017). Emotional competence disorders and social communication in young victims of abuse. *Journal of Child and Family Studies*, 26(3), 701-708. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0596-1>
- Moreno, J., Echavarría, K., Pardo, A., y Quiñones, Y. (2014). Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y el rendimiento académico en un grupo de adolescentes de Bogotá. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 8(2), 37-46.
- Moretti, M. M., y Peled, M. (2004). Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development. *Paediatrics and Child Health*, 9(8), 551-555. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.551>
- Moriarty, N., Stough, C., Tidmarsh, P., Eger, D., y Dennison, S. (2001). Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending. *Journal of Adolescence*, 24(6), 743-751. <https://doi.org/10.1006/jado.2001.0441>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., y Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
- Muela, A., Balluerka, N., y Torres, B. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de Psicología*, 24(1), 77-87.
- Muela, A., Balluerka, N., y Torres, B. (2010). *Sistema de identificación y clasificación del maltrato infantil*. Orekagune gizartean eta komunitatean eskuhartzeko elkartea.

- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., y Garfinkel, R. (1999). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 573-579. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.6.573>
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. Oxford University Press.
- Mychailyszyn, M. P., y Elson, D. M. (2018). Working through the blues: A meta-analysis on Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). *Children and Youth Services Review*, 87(2017), 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.02.011>
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P., y Mikolajczak, M. (2011). Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*, 11(2), 354-366. <https://doi.org/10.1037/a0021554>
- Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M., y Hansenne, M. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Personality and Individual Differences*, 47(1), 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.01.046>
- Newbury, J. B., Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Danese, A., Baldwin, J. R., y Fisher, H. L. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.09.020>
- Newsome, S., Day, A. L., y Catano, V. M. (2000). Assessing the predictive validity of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29(6), 1005-1016. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00250-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00250-0)
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, M., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates and treatment of lifetime

- suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication - Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300-310.
<https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- Nolen-Hoeksema, S., y Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(6), 704-708.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>
- Nsamenang, S. A., Webb, J. R., Cukrowicz, K. C., y Hirsch, J. K. (2013). Depressive symptoms and interpersonal needs as mediators of forgiveness and suicidal behavior among rural primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 282-290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.042>
- O'Brien, K. H., Singer, J. B., LeCloux, M., Duarte-Vélez, Y., y Spirito, A. (2014). Acute behavioral interventions and outpatient treatment strategies with suicidal adolescents. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 9(3), 19-25. <https://doi.org/10.1037/h0101636>
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., y Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- O'Hearne, L. P. (1977). Contes des fées et redécisions. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 1(2), 271-276.
- O'Mahen, H. A., Karl, A., Moberly, N., y Fedock, G. (2015). The association between childhood maltreatment and emotion regulation: Two different mechanisms contributing to depression? *Journal of Affective Disorders*, 174, 287-295.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.028>
- Oaksford, M., Grainger, B., Morris, F., y Williams, J. M. G. (1996). Mood, reasoning,

and central executive processes. *Journal of Experimental Psychology: Learning Memory and Cognition*, 22(2), 476-492. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.22.2.476>

Observatorio de la Infancia (2008). *Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de casos*. Ministerio de Asuntos Sociales. <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/hojasdeteccion.pdf>

Ochaíta, E., y Espinosa, M. A. (2001). Needs of children and adolescents as a basis for the justification of their rights. *The International Journal of Children's Rights*, 9, 313-337. <https://doi.org/10.1163/15718180120495008>

Ocón Domingo, J. (2004). Un análisis comparativo de las medidas alternativas de protección de menores en Andalucía y España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 63-81. <https://doi.org/10.5209/CUTS.8453>

Onnis L. (1997). *La palabra del cuerpo. Psicósomática y perspectiva sistémica*. Herder.

Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., y Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 219-230. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

Organización Mundial de la Salud (2016). *Maltrato infantil*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2018). *WHO mortality database*. http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/.

Oriol, X., Sala-Roca, J., y Filella, G. (2014). Emotional competences of adolescents in residential care: Analysis of emotional difficulties for intervention. *Children and Youth Services Review*, 44, 334-340.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2014.06.009>

Oshri, A., Sutton, T. E., Clay-Warner, J., y Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences*, 73, 127-133.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.015>

Oswald, S. H., Heil, K., y Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 462-472. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp114>

Pacheco, J. T. B., Irigaray, T. Q., Werlang, B., Nunes, M. L. T., y Argimon, I. I. L. (2013). Childhood maltreatment and psychological adjustment: A systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 815-824.

<https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427422>

Palacios, J., Moreno, M. C., y Jiménez, J. (1995). El maltrato infantil: Concepto, tipos, etiología. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 7-21.

<https://doi.org/10.1174/02103709560575442>

Palfai, T. P., y Salovey, P. (1993). The influence of depressed and related mood on deductive and inductive reasoning. *Imagination, Cognition and Personality*, 13(1), 57-71. <https://doi.org/10.2190/fyya-gcru-j124-q3b2>

Parker, J. D. A., Summerfeldt, L. J., Hogan, M. J., y Majeski, S. A. (2004). Emotional intelligence and academic success: Examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences*, 36(1), 163-172.

[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00076-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00076-X)

Parlament de Catalunya. (2010, 2 de junio). *Llei 14/2010, del 27 de maig de 2010, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència*. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 5641.

<https://www.parlament.cat/document/nom/TL115.pdf>

- Partala, T., y Kallinen, A. (2012). Understanding the most satisfying and unsatisfying user experiences: Emotions, psychological needs, and context. *Interacting with Computers*, 24(1), 25-34. <https://doi.org/10.1016/j.intcom.2011.10.001>
- Patalay, P., Fonagy, P., Deighton, J., Belsky, J., Vostanis, P., y Wolpert, M. (2015). A general psychopathology factor in early adolescence. *The British Journal of Psychiatry*, 207(1), 15-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149591>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Peh, C. X., Shahwan, S., Fauziana, R., Mahesh, M. V., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Ong, S. H., Chong, S. A., y Subramaniam, M. (2017). Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 67, 383-390. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.013>
- Pena, M., Extremera, N., y Rey, L. (2011). El papel de la inteligencia emocional en la resolución de problemas sociales en estudiantes adolescentes. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 22(1), 69-79. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.22.num.1.2011.78>
- Pennebaker, J. W., Hughes, C. F., y O'Heeron, R. C. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 781-793. <https://doi.org/10.1037/0022->

3514.52.4.781

Perls, F., Hefferline R., y Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and growth in the human personality*. The Gestalt Journal Press, Inc.

Petrenko, C. L. M., Friend, A., Garrido, E. F., Taussig, H. N., y Culhane, S. E. (2012). Does subtype matter? Assessing the effects of maltreatment on functioning in preadolescent youth in out-of-home care. *Child Abuse and Neglect*, 36(9), 633-644. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.001>

Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Lesser, M., Peskin, J. R., y Siefker, C. A. (1991). Suicidal children grow up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 609-616. <https://doi.org/10.1097/00004583-199107000-00013>

Pineda, J., y Dadds, M. R. (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behavior: A randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 851-862. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.015>

Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D. B., Xia, Y., y Gould, M. S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(6), 807-820. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9884-2>

Poindexter, E. K., Mitchell, S. M., Jahn, D. R., Smith, P. N., Hirsch, J. K., y Cukrowicz, K. C. (2015). PTSD symptoms and suicide ideation: Testing the conditional indirect effects of thwarted interpersonal needs and using substances to cope. *Personality and Individual Differences*, 77, 167-172.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.043>

- Pollak, S. D. (2003). Experience-dependent affective learning and risk for psychopathology in children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008(1), 102-111. <https://doi.org/10.1196/annals.1301.011>
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., y Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology*, 36(5), 679-688. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.5.679>
- Pollak, S. D., y Kistler, D. J. (2002). Early experience is associated with the development of categorical representations for facial expressions of emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 99(13), 9072-9076. <https://doi.org/10.1073/pnas.142165999>
- Pollak, S. D., y Tolley-Schell, S. A. (2003). Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 323-338. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.3.323>
- Pompili, M., Lester, D., Leenaars, A. A., Tatarelli, R., y Girardi, P. (2008). Psychache and suicide: A preliminary investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 116-121. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.116>
- Portzky, G., Audenaert, K., y van Heeringen, K. (2005). Suicide among adolescents: A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 922-930. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0977-x>
- Prino, C. T., y Peyrot, M. (1994). The effect of child physical abuse and neglect on aggressive, withdrawn, and prosocial behavior. *Child Abuse and Neglect*, 18(10), 871-884. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90066-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90066-3)
- Puzia, M. E., Kraines, M. A., Liu, R. T., y Kleiman, E. M. (2014). Early life stressors

- and suicidal ideation: Mediation by interpersonal risk factors. *Personality and Individual Differences*, 56(1), 68-72. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.08.027>
- Rajappa, K., Gallagher, M., y Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 833-839. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9419-2>
- Rathus, J. H., y Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 32(2), 146-157. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., y Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435. <https://doi.org/10.1177/0146167200266002>
- Resurrección, D. M., Salguero, J. M., y Ruiz-Aranda, D. (2014). Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 37(4), 461-472. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.03.012>
- Rey, L., y Extremera, N. (2012). Inteligencia emocional percibida, felicidad y estrategias distractoras en adolescentes. *Boletín de Psicología*, 104, 87-101.
- Rey, L., Extremera, N., y Pena, M. (2011). Perceived emotional intelligence, self-esteem and life satisfaction in adolescents. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 227-234. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n2a10>
- Rodríguez, M., Marzo, T., y Coscolla, R. (2015). El projecte educatiu d'un CRAE: Una experiència de construcció participativa. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 60, 87-101.
- Rodríguez Pulido, F., Glez de Rivera y Revuelta, J. L., Gracia Marco, R., y Montes De Oca Hernández, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11, 374-380.

Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Miller, S., Graae, F., y Castro-Blanco, D. (1994).

Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(4), 508-517. <https://doi.org/10.1097/00004583-199405000-00009>

Rottenberg, J., y Gross, J. J. (2007). Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 323-328. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00093.x>

Rowe, C. A., Walker, K. L., Britton, P. C., y Hirsch, J. K. (2013). The relationship between negative life events and suicidal behavior. *Crisis*, 34(4), 233-241. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000173>

Rudenshine, S., y Espinosa, A. (2018). Examining the role of trait emotional intelligence on psychiatric symptom clusters in the context of lifetime trauma. *Personality and Individual Differences*, 128, 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.02.029>

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

Rutledge, R. A., y Petrides, K. V. (2012). A cognitive behavioural group approach for adolescents with disruptive behaviour in schools. *School Psychology International*, 33(2), 223-239. <https://doi.org/10.1177/0143034311415908>

Rytälä-Manninen, M., Haravuori, H., Fröjd, S., Marttunen, M., y Lindberg, N. (2018). Mediators between adverse childhood experiences and suicidality. *Child Abuse and Neglect*, 77, 99-109. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.007>

Sainero, A., y del Valle, J. F. (2010, noviembre). *Salud mental de menores acogidos en hogares de protección. Una evaluación de necesidades* [simposio]. X Congreso Estatal de Infancia Maltratada. Construcción del bienestar y buenas prácticas en la

atención a la infancia, Sevilla.

Sala-Roca, J., Villalba, A., Jariot, M., y Rodríguez, M. (2009). Characteristics and sociolabour insertion of young people after residential care. *International Journal of Child & Family Welfare*, 12(1), 22-34.

Salguero, J. M., Extremera, N., Cabello, R., y Fernández-Berrocal, P. (2015). If you have high emotional intelligence (EI), you must trust in your abilities: The interaction effect of ability EI and perceived EI on depression in women. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 33(1), 46-56.

<https://doi.org/10.1177/0734282914550384>

Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J. B., y Mayer J. D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. En C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 141–164). Oxford University Press.

Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C., y Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 125-154). American Psychological Association.

Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., y Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17(5), 611-627.

<https://doi.org/10.1080/08870440290025812>

Schönfelder, A., Hallensleben, N., Spangenberg, L., Forkmann, T., Rath, D., y Glaesmer, H. (2019). The role of childhood abuse for suicidality in the context of the Interpersonal Theory of Suicide: An investigation in German psychiatric

- inpatients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 245, 788-797.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.063>
- Schüler, J., y Kuster, M. (2011). Binge eating as a consequence of unfulfilled basic needs: The moderating role of implicit achievement motivation. *Motivation and Emotion*, 35(1), 89-97. <https://doi.org/10.1007/s11031-010-9200-y>
- Schwarz, N. (1990). Feelings as information: Informational and motivational functions of affective states. En E. T. Higgins y R. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (Vol. 2, pp. 527-561). Guilford Press.
- Schwarz, N., y Bless, B. (1991). Happy and mindless, but sad and smart? The impact of affective states on analytic reasoning. En J. Forgas (Ed.), *Emotion and social judgment* (pp. 55-71). Pergamon.
- Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., Flouri, E., Ferrigno, G., Pompili, M., Girardi, P., y Amore, M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1423-1446. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0760-y>
- Serrano, C., y Andreu, Y. (2016). Inteligencia emocional percibida, bienestar subjetivo, estrés percibido, engagement y rendimiento académico de adolescentes. *Revista de Psicodidáctica*, 21(2), 357-374. <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.14887>
- Shackman, J. E., Shackman, A. J., y Pollak, S. D. (2007). Physical abuse amplifies attention to threat and increases anxiety in children. *Emotion*, 7(4), 838-852. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.4.838>
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., y Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167-177.

[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00001-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4)

Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Kim, Y., y Kasser, T. (2001). What is satisfying about satisfying events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 325-339.

<https://doi.org/10.1037//O022-3514.80.2.325>

Sheldon, K. M., y Niemiec, C. P. (2006). It's not just the amount that counts: Balanced need satisfaction also affects well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(2), 331-341.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.2.331>

Sheldon, K. M., Ryan, R., y Reis, H. T. (1996). What makes for a good day?

Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(12), 1270-1279.

<https://doi.org/10.1177/01461672962212007>

Shelef, L., Fruchter, E., Hassidim, A., y Zalsman, G. (2015). Emotional regulation of mental pain as moderator of suicidal ideation in military settings. *European Psychiatry*, 30(6), 765-769.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.004>

Shneidman, E. S. (1971). Suicide and suicidology: A brief etymological note. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1, 260-264.

Shneidman, E. S. (1993a). Some controversies in suicidology: Toward a mentalistic discipline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(4), 292-298.

Shneidman, E. S. (1993b). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145-147.

Shneidman, E. S. (1998). Perspectives on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 245-250.

Shneidman, E. S. (1999). The Psychological Pain Assessment Scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 287-294.

Shneidman, E. S. (2005). Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of

- suicide. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 2(1), 7-12.
- Shpigel, M. S., Diamond, G. M., y Diamond, G. S. (2012). Changes in parenting behaviors, attachment, depressive symptoms, and suicidal ideation in attachment-based family therapy for depressive and suicidal adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 271-283. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00295.x>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., y Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248–63. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>
- Simons, R. M., Hahn, A. M., Simons, J. S., y Murase, H. (2017). Emotion dysregulation and peer drinking norms uniquely predict alcohol-related problems via motives. *Drug and Alcohol Dependence*, 177, 54-58. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.03.019>
- Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D., y Münir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 883-899. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2007.01.004>
- Síndic de Greuges de Catalunya. (2019, noviembre). *Informe sobre els drets de l'infant*. http://www.sindic.cat/site/unitFiles/6720/Informe%20infancia_2019_cat.pdf
- Smith, N. B., Monteith, L. L., Rozek, D. C., y Meuret, A. E. (2018). Childhood abuse, the Interpersonal–Psychological Theory of Suicide, and the mediating role of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(5), 559-569.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12380>

Soenke, M., Hahn, K. S., Tull, M. T., y Gratz, K. L. (2010). Exploring the relationship between childhood abuse and analogue generalized anxiety disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 401-412. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9264-8>

Soumani, A., Damigos, D., Oulis, P., Masdrakis, V., Ploumpidis, D., Mavreas, V., y Konstantakopoulos, G. (2011). Mental pain and suicide risk: Application of the Greek version of the Mental Pain and the Tolerance of Mental Pain Scale. *Psychiatriki*, 22(4), 330-340.

Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417-463. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(00\)00014-2](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(00)00014-2)

Spirito, A., y Esposito-Smythers, C. (2006). Attempted and completed suicide in adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 237-266. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095323>

Spirito A., y Esposito-Smythers C. (2008). Evidenced-based therapies for adolescent suicidal behavior. En R. G. Steele, T. D. Elkin y M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents. Issues in clinical child psychology* (pp. 177-194). Springer.

Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., y Carnes, M. (2003). The long-term health outcomes of childhood abuse: An overview and a call to action. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 864-870. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20918.x>

Stanley, B., Brown, G., Brent, D., Wells, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., y Hughes, J. (2009). Cognitive behavior therapy for suicide prevention (CBT-SP):

Treatment model, feasibility and acceptability. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005-1013.

<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>

Stevens, J. O. (1976). *El darse cuenta: Sentir, imaginar, vivenciar*. Cuatro Vientos.

Straub, J., Sproeber, N., Plener, P. L., Fegert, J. M., Bonenberger, M., y Koelch, M. G.

(2014). A brief cognitive-behavioural group therapy programme for the treatment of depression in adolescent outpatients: A pilot study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-9>

Sulik, L. R., y Garfinkel, B. D. (1992). Adolescent suicidal behavior: Understanding the breadth of the problem. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1(1), 197-228.

Sulimani-Aidan, Y., Melkman, E., y Hellman, C. M. (2019). Nurturing the hope of youth in care: The contribution of mentoring. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(2), 134-143. <https://doi.org/10.1037/ort0000320>

Swartz, J. R., Graham-Bermann, S. A., Mogg, K., Bradley, B. P., y Monk, C. S. (2011). Attention bias to emotional faces in young children exposed to intimate partner violence. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 4(2), 109-122. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.573525>

Tang, T. C., Jou, S. H., Ko, C. H., Huang, S. Y., y Yen, C. F. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 463-470. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x>

Tarren-Sweeney, M. (2018). The mental health of adolescents residing in court-ordered foster care: Findings from a population survey. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(3), 443-451. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0763-7>

- Tarrier, N., Taylor, K., y Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(1), 77-108. <https://doi.org/10.1177/0145445507304728>
- Taussig, H. N. (2002). Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: A longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child Abuse and Neglect*, 26(11), 1179-1199. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00391-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00391-5)
- Taussig, H. N., Harpin, S. B., y Maguire, S. A. (2014). Suicidality among preadolescent maltreated children in foster care. *Child Maltreatment*, 19(1), 17-26. <https://doi.org/10.1177/1077559514525503>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., y McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 993-1000. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.993>
- Thayer, J. F., Rossy, L. A., Ruiz-Padial, E., y Johnsen, B. H. (2003). Gender differences in the relationship between emotional regulation and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 349-364. <https://doi.org/10.1023/A:1023922618287>
- Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P., y Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health*, 91(5), 742-752. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.5.742>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition, the development of emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>

- Titelius, E. N., Cook, E., Spas, J., Orchowski, L., Kivisto, K., O'Brien, K., Frazier, E., Wolff, J. C., Dickstein, D. P., Kim, K. L., y Seymour, K. E. (2018). Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 27(3), 323-331. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1338814>
- Toth, S. L., y Cicchetti, D. (1993). Child maltreatment: Where do we go from here in our treatment of victims? En D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy* (pp. 399-437). Ablex.
- Trujillo, M. M., y Rivas, L. A. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. *INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 15(25), 9-24.
- Tucker, R. P., y Wingate, L. R. (2014). Basic need satisfaction and suicidal ideation: A self-determination perspective on interpersonal suicide risk and suicidal thinking. *Archives of Suicide Research*, 18(3), 282-294. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824839>
- Turecki, G., y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behavior. *Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Vallerand, R. J., y Verner-Filion, J. (2013). Making people's life most worth living: On the importance of passion for positive psychology. *Terapia Psicológica*, 31(1), 35-48. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082013000100004>
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., y Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197-215. <https://doi.org/10.1037/a0025358>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y

- Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Vansteenkiste, M., y Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 263-280. <https://doi.org/10.1037/a0032359>
- Vergara, A. I., Alonso-Alberca, N., San-Juan, C., Aldás, J., y Vozmediano, L. (2015). Be water: Direct and indirect relations between perceived emotional intelligence and subjective well-being. *Australian Journal of Psychology*, 67(1), 47-54. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12065>
- Verona, E., Sachs-Ericsson, N., y Joiner, T. E. (2004). Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 444-451. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.444>
- Véronneau, M. H., Koestner, R. F., y Abela, J. R. Z. (2005). Intrinsic need satisfaction And well-being in children and adolescents: An application of the self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 280-292. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.2.280.62277>
- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., y Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 108. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>
- Voon, D., Hasking, P., y Martin, G. (2014). The roles of emotion regulation and ruminative thoughts in non-suicidal self-injury. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 95-113. <https://doi.org/10.1111/bjc.12030>
- Walcott, C. M., y Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical*

Child and Adolescent Psychology, 33(4), 772-782.

https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_12

Waller, G., Corstorphine, E., y Mountford, V. (2007). The role of emotional abuse in the eating disorders: Implications for treatment. *Eating Disorders*, 15(4), 317-331.

<https://doi.org/10.1080/10640260701454337>

Wanner, B., Vitaro, F., Tremblay, R. E., y Turecki, G. (2012). Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness explain the association between early-life adversity and attempted suicide. *Psychological Medicine*, 42(11), 2373-2382.

<https://doi.org/10.1017/S0033291712000438>

Webb, T. L., Miles, E., y Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775-808.

<https://doi.org/10.1037/a0027600>

Weinberg, A., y Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment*, 21(4), 616-621.

<https://doi.org/10.1037/a0016669>

Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., y McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899-915.

<https://doi.org/10.1017/S0954579419000348>

Williams, G. C., Niemiec, C. P., Patrick, H., Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2009). The importance of supporting autonomy and perceived competence in facilitating long-term tobacco abstinence. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 315-324.

<https://doi.org/10.1007/s12160-009-9090-y>

- Wilson, P. M., Mack, D. E., Blanchard, C. M., y Gray, C. E. (2009). The role of perceives psychological need satisfaction in exercise related affect. *Hellenic Journal of Psychology*, 6(2), 183-206.
- Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A., y Harrington, R. (2001). Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1246-1253. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00003>
- Woodward, E. C., Viana, A. G., Trent, E. S., Raines, E. M., Zvolensky, M. J., y Storch, E. A. (2020). Emotional nonacceptance, distraction coping and PTSD symptoms in a trauma-exposed adolescent inpatient sample. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 412-419. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10065-4>
- Yap, M. B., Allen, N. B., y Sheeber, L. (2007). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(2), 180-196. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0014-0>
- Zavala, M. A., y López, I. (2012). Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿Qué papel juega la inteligencia emocional? *Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 20(1), 59-75.
- Zlotnick, C., Donaldson, D., Spirito, A., y Pearlstein, T. (1997). Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 793-798. <https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00016>

Apéndice

Apéndice A

Resúmenes

Apéndice B

Convenio de colaboración entre el COPC, la DGAIA y la FPCEE

Apéndice C

Consentimiento informado

Apéndice D

Formulario de variables sociodemográficas

Apéndice A

Resúmenes

Resumen en catalán

Els adolescents tutelats en acolliment residencial conformen un col·lectiu especialment vulnerable caracteritzat per la presència concurrent de problemàtiques internalitzades i externalitzades que els col·loquen en una situació de risc per al desenvolupament d'ideacions i/o comportaments suïcides. Les dificultats de regulació emocional representen correlats transdiagnòstics de les problemàtiques associades al maltractament infantil que acostumen a estar presents en aquest col·lectiu. La Teràpia basada en Intel·ligència Emocional (TIE) constitueix una modalitat terapèutica grupal que busca, precisament, fomentar les habilitats necessàries per a una adequada regulació emocional. L'objectiu final d'aquesta tesi consisteix en reduir el risc de suïcidi dels adolescents tutelats en acolliment residencial. Amb aquesta finalitat, en primer lloc, es va portar a terme revisió sistemàtica que permetés conèixer en profunditat els resultats empírics previs sobre la relació entre les experiències de maltractament infantil i les dificultats de regulació emocional dels adolescents. Posteriorment, es va efectuar un estudi descriptiu ($n = 61$) que permetés conèixer el perfil d'intel·ligència emocional percebuda (IEP), el risc de suïcidi i el grau de satisfacció de les necessitats psicològiques bàsiques (NPB) dels adolescents tutelats en acolliment residencial, així com la relació existent entre les variables. Finalment, es va efectuar un assaig clínic de mesures repetides ($n = 19$) en el que es va aplicar la TIE i es va comparar l'evolució dels participants durant el període en el que la van rebre amb la seva evolució en una fase prèvia de llista d'espera.

Les mostres analitzades van estar configurades per adolescents tutelats per la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) que es trobaven

subjectes a una mesura protectora d'acolliment en Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE). Les variables analitzades es van avaluar a través dels següents instruments: ISO-30 (*Inventory of Suicide Orientation*), TMMS-24 (*Trait Meta-Mood Scale-24*) i BNSG-S (*Basic Needs Satisfaction in General Scale*).

Els principals resultats obtinguts van evidenciar una reducció significativa del risc de suïcidi dels participants ($DM = 5.26; p < .01; d = .43$) a través de la disminució dels nivells de desesperança ($DM = 1.00; p < .01; d = .42$) i d'ideació suïcida ($DM = 1.26; p < .05; d = .32$), així com un augment significatiu dels nivells de claredat emocional ($DM = -2.21; p < .05; d = .37$) i de competència ($DM = -.47; p < .01; d = .54$) produïts, tots ells, durant el període en el que van rebre la TIE. Aquests resultats suggereixen que la TIE podria ser un tractament efectiu per a mitigar els factors que confereixen risc de suïcidi dels adolescents tutelats en acolliment residencial.

Paraules clau: Intel·ligència emocional, risc de suïcidi, necessitats psicològiques bàsiques, adolescents, maltractament infantil, acolliment residencial.

Resumen en castellano

Los adolescentes tutelados en acogimiento residencial conforman un colectivo especialmente vulnerable caracterizado por la presencia concurrente de problemáticas internalizadas y externalizadas que los colocan en una situación de riesgo para el desarrollo de ideaciones y/o comportamientos suicidas. Las dificultades de regulación emocional representan correlatos transdiagnósticos de las problemáticas asociadas al maltrato infantil que suelen estar presentes en este colectivo. La Terapia basada en Inteligencia Emocional (TIE) constituye una modalidad terapéutica grupal que busca, precisamente, fomentar las habilidades necesarias para una adecuada regulación emocional.

El objetivo final de esta tesis consiste en reducir el riesgo de suicidio de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial. Para ello, en primer lugar, se llevó a cabo una revisión sistemática que permitiera conocer en profundidad los hallazgos empíricos previos sobre la relación entre las experiencias de maltrato infantil y las dificultades de regulación emocional de los adolescentes. Posteriormente, se realizó un estudio descriptivo ($n = 61$) que permitiera conocer el perfil de inteligencia emocional percibida (IEP), el riesgo de suicidio y el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas (NPB) de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial, así como la relación existente entre las variables. Por último, se realizó un ensayo clínico de medidas repetidas ($n = 19$) en el que se aplicó la TIE y se comparó la evolución de los participantes durante el periodo en el que la recibieron con su evolución en una fase previa de lista de espera.

Las muestras analizadas estuvieron conformadas por adolescentes tutelados por la *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència* (DGAIA) que se encontraban sujetos a una medida protectora de acogimiento en Centro Residencial de

Acción Educativa (CRAE). Las variables analizadas se evaluaron a través de los siguientes instrumentos: ISO-30 (*Inventory of Suicide Orientation*), TMMS-24 (*Trait Meta-Mood Scale-24*) y BNSG-S (*Basic Needs Satisfaction in General Scale*).

Los principales resultados obtenidos evidenciaron una reducción significativa del riesgo de suicidio de los participantes ($DM = 5.26$; $p < .01$; $d = .43$) a través de la disminución de los niveles de desesperanza ($DM = 1.00$; $p < .01$; $d = .42$) y de ideación suicida ($DM = 1.26$; $p < .05$; $d = .32$), así como un aumento significativo de los niveles de claridad emocional ($DM = -2.21$; $p < .05$; $d = .37$) y de competencia ($DM = -.47$; $p < .01$; $d = .54$) producidos, todos ellos, durante el periodo en el que recibieron la TIE. Estos resultados sugieren que la TIE podría ser un tratamiento efectivo para mitigar los factores que confieren riesgo de suicidio de los adolescentes tutelados en acogimiento residencial.

Palabras clave: Inteligencia emocional, riesgo de suicidio, necesidades psicológicas básicas, adolescentes, maltrato infantil, acogimiento residencial.

Resumen en inglés

Adolescents in residential care constitute a particularly vulnerable group characterized by the concurrent presence of internalized and externalized problems that put them at risk of developing suicidal ideations and/or behaviors. Emotion regulation difficulties represent transdiagnostic correlates of childhood maltreatment-related problems usually present in this population. Therapy based on Emotional Intelligence (TIE) is a group therapy model that seeks, precisely, to develop the necessary skills for adequate emotion regulation.

The fundamental purpose of this thesis is to reduce the suicide risk of adolescents in residential care. To do so, firstly, a systematic review was carried out to gain an in-depth knowledge of previous empirical findings on the relationship between childhood maltreatment and emotion regulation difficulties in adolescents. Subsequently, a descriptive study ($n = 61$) was conducted to analyze the profile of perceived emotional intelligence (PEI), suicide risk and basic psychological needs (BPN) satisfaction of adolescents in residential care, as well as the relationship between the variables. Lastly, a repeated measures clinical trial ($n = 19$) was performed in which EIT was applied and participants' evolution during the period in which they received it was compared with their evolution in a prior waiting list phase.

Analyzed samples consisted of adolescents in the care of the *Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència* (DGAIA) under a residential care measure at *Centro Residencial de Acció Educativa* (CRAE). The analyzed variables were evaluated through the following questionnaires: ISO-30 (Inventory of Suicide Orientation), TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale-24) and BNSG-S (Basic Needs Satisfaction in General Scale).

Results indicated a significant reduction in suicide risk of participants ($DM = 5.26$; $p < .01$; $d = .43$) through a decrease in levels of hopelessness ($DM = 1.00$; $p < .01$; $d = .42$) and of suicidal ideation ($DM = 1.26$; $p < .05$; $d = .32$), as well as a significant increase in levels of emotional clarity ($DM = -2.21$; $p < .05$; $d = .37$) and of competence ($DM = -.47$; $p < .01$; $d = .54$), all of which occurred during the period in which they received TIE. These results suggest that TIE could be an effective treatment to mitigate the factors that confer suicide risk among adolescents in residential care.

Key words: Emotional intelligence, suicide risk, basic psychological needs, adolescents, childhood maltreatment, residential care.

Apéndice B

Consentimiento informado

INFORMACIÓN PARA EL ENTREVISTADO

La presente investigación es fruto de la colaboración entre el Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull y la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de la Generalitat de Catalunya. El objetivo es evaluar la efectividad, es decir, la mejoría que experimentan las personas que participan en los grupos del programa para el desarrollo de la Inteligencia Emocional. Para ello es necesario que los participantes cumplimenten cuestionarios y registros a lo largo de proceso terapéutico y posteriormente, cuando éste haya finalizado. Los investigadores de este estudio se comprometen a:

- Mantener la **confidencialidad** de todos los datos que se obtengan en el estudio a fin de preservar la intimidad de las personas que participen.
- Que la participación en el estudio es **voluntaria** por lo que existe la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento si se estima pertinente.
- El **beneficio** que usted obtiene con su participación es la de participar en una intervención psicológica grupal para el desarrollo de la Inteligencia Emocional, que le ayudará a mejorar la identificación, la comprensión y la gestión de sus emociones, lo que favorecerá su calidad de vida emocional. Además, su participación será de gran utilidad para el conocimiento de los factores implicados en el malestar psicológico que usted padece, así como para identificar elementos que nos permitan diseñar tratamientos más efectivos para mejorar el bienestar emocional.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Por favor indique a continuación su nombre, apellidos y DNI)

Yo.....,

participo libremente en el presente estudio y aseguro que:

- He leído y entendido la información anterior.
- He recibido suficiente información sobre este estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Sé que puedo abandonar en cualquier momento la investigación.
- No he recibido ningún tipo de presión para colaborar en el estudio

Firma del entrevistado

Firma del investigador/a

.....de 200.....

Apèndice C

Convenio de colaboración entre el COPC, la DGAIA y la FPCEE




 Generalitat de Catalunya
**Departament de Benestar Social
 i Família**


 Col·legi Oficial de
 Psicologia de Catalunya

CONVENI DE COL·LABORACIÓ ENTRE EL DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL I FAMÍLIA, MITJANÇANT LA DIRECCIÓ GENERAL D'ATENCIÓ A LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA I EL COL·LEGI OFICIAL DE PSICOLOGIA DE CATALUNYA PER A LA REALITZACIÓ DE LA RECERCA "PROGRAMA D'INTEL·LIGÈNCIA EMOCIONAL PER A INFANTS I ADOLESCENTS TUTELATS "

Barcelona, 19 de març de 2015

REUNITS

D'una part, la senyora M. Mercè Santmartí i Miró, directora general de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència del Departament de Benestar Social i Família, nomenada per Decret 105/2013, de 5 de febrer (DOGC núm. 6310, de 07.02.2013), d'acord amb l'autorització de la signatura del titular del Departament de Benestar Social i Família de data 30 d'abril de 2015, de conformitat amb l'article 11 de la Llei 26/2010, de 3 d'agost, de règim jurídic i de procediment de les administracions públiques de Catalunya.

I de l'altra, el senyor Josep Vilajoana i Celaya, en qualitat de degà del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, amb domicili al carrer Rocafort, 129, de Barcelona, i amb CIF Q5855028F, nomenat el dia 8 de juliol de 2014, d'acord amb els Estatuts del Col·legi, inscrits al Registre de Col·legis Professionals de la Generalitat (Resolució JUS/2261/2014, de 8 d'octubre)

Actuen ambdues parts, en l'exercici de les funcions legalment atribuïdes, reconeixent-se recíprocament la capacitat legal necessària per formalitzar el present conveni i obligar-se de comú acord

CONSIDEREN

- I. El Departament de Benestar Social i Família, d'acord amb el Decret 200/2010, de 27 de desembre, de creació, denominació i determinació de l'àmbit de competència dels departaments de l'Administració de la Generalitat de Catalunya, té atribuïdes les funcions en matèria d'infància i adolescència.
- II. La Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA, d'ara en endavant) és l'òrgan del Departament de Benestar Social i Família que té atribuïdes les competències i les funcions en matèria d'atenció a la infància i l'adolescència, d'acord amb el Decret 332/2011, de 3 de maig, de reestructuració del Departament de Benestar Social i Família, i d'acord amb la Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència.

- III. Entre d'altres, la DGAIA té competència en l'atenció, la protecció i la tutela dels infants i adolescents desamparats, per treballar en les seves problemàtiques familiars i psicosocials a fi de compensar-los en els seus dèficits i donar-los recursos i habilitats per superar les seves dificultats.
- IV. El Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya (el COPC d'ara en endavant) és una corporació de dret públic, amb personalitat jurídica pròpia i amb plena capacitat per al compliment de les seves funcions.
- V. Que el Grup de Treball d'Intel·ligència Emocional del COPC, té entre els seus objectius: l'estudi de la intel·ligència emocional, la seva implicació en els trastorns psicopatològics, el promoure el seu desenvolupament com agent preventiu, estudiar la validesa i l'eficàcia de la intervenció terapèutica, a més d'impulsar programes i projectes d'investigació, sent la recerca del Programa d'Intel·ligència Emocional per a Infants i Adolescents Tutelats, en endavant PIE-MT, un programa d'investigació i desenvolupament propi i innovador en aquest àmbit, avalat i promogut pel COPC i la FPCEE Blanquerna
- VI. Que ambdues institucions a través del Grup de Treball d'Intel·ligència Emocional del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, han establert i mantingut contactes en àrees relacionades amb temes de recerca.
- VII. Que, en base al que s'ha exposat anteriorment, es considera oportú col·laborar en l'estudi presentat pel Grup de Treball d'Intel·ligència Emocional del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya a la DGAIA.

I amb aquesta finalitat, ambdues parts, a l'empara de la legislació corresponent, acorden formalitzar un conveni de col·laboració de caràcter acadèmic que es regeix per les següents

CLÀUSULES

PRIMERA.- Objecte

El present conveni té com a objecte regular les relacions de col·laboració entre el Departament de Benestar Social i Família, a través de la DGAIA, i Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, per tal de promoure una recerca entre ambdues institucions, mitjançant el Programa d'Intel·ligència Emocional per a Infants i Adolescents Tutelats per la Generalitat de Catalunya amb l'objectiu de col·laborar els camps de la investigació i el desenvolupament científic, la docència i la difusió en l'àmbit de la Intel·ligència Emocional, concretament en la línia de I+D+I que actualment s'està desenvolupant en el COPC, i poder reorientar les polítiques de prevenció i intervenció.

SEGONA.- Compromisos i obligacions de les parts en matèria de personal i materials

2.1.-El Departament de Benestar Social i Família, mitjançant la DGAIA, facilitarà els oportuns contactes i autoritzacions al grup de recerca, pel desenvolupament de l'estudi Programa d'Intel·ligència Emocional per a Infants i Adolescents Tutelats orientat a conèixer el perfil emocional dels infants i adolescents tutelats i l'efectivitat de les intervencions orientades al seu desenvolupament.

2.2.-El Grup de Treball d'Intel·ligència Emocional del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya aportarà els seus investigadors per a poder realitzar l'estudi.

2.3.-El Departament de Benestar Social i Família, a través de la DGAIA, facilitarà l'accés a les dades necessàries per a realitzar l'estudi, i serà coneixedora dels instruments utilitzats en el seu desenvolupament.

TERCERA.- Establiment de la coordinació institucional

3.1.-Per facilitar el seguiment de la col·laboració, el Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya tindrà un referent institucional a través del qual s'articularen les oportunes autoritzacions i es vetllarà pel compliment de la normativa de protecció als infants i adolescents acollits a centres de la DGAIA.

3.2.-Per part del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, la persona referent de l'estudi serà la Doctora Nathalie P. Lizeretti. Per part de la DGAIA, es designarà una persona de referència per les autoritzacions i acompliment de la normativa de protecció dels infants i adolescents.

QUARTA.- Règim econòmic

Aquesta col·laboració es realitzarà amb la participació de professionals de la FPCEE Blanquerna, del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya i dels Centres Residencials d'Acció Educativa. Així doncs, les actuacions objecte de col·laboració no comporten cap contraprestació econòmica a favor de cap de les parts ni cap cost econòmic per part del departament de Benestar Social i Família.

CINQUENA.- Protecció de les dades i deure de confidencialitat

5.1- Les dades personals contingudes en el conjunt d'actuacions que constitueixin l'objecte del present acord seran preservades d'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i el seu reglament de desenvolupament aprovat pel Reial decret 1720/2007, de 21 de desembre.

5.2.- Així mateix, ambdues parts es comprometen al següent:

- A no tractar les dades per a una finalitat diferent de la que figura en aquest acord.
- A tractar les dades d'acord amb les instruccions del Departament de Benestar Social i Família.
- A no comunicar les dades, ni tan sols per a la seva conservació, a tercers.
- A implementar les mesures de seguretat adequades.
- A obtenir la prèvia autorització del Departament de Benestar Social i Família, mitjançant la DGAIA, com a tutor legal sobre qüestions relatives als infants i adolescents acollits als centres.

5.3.-L'equip de recerca es compromet a salvaguardar el dret a la intimitat dels infants i adolescents mantenint la confidencialitat de les dades. I per això s'arbitraran tots els procediments necessaris per a garantir aquesta confidencialitat.

5.4.-El deure de confidencialitat subsistirà una vegada finalitzat aquest acord.

SISENA.- Difusió dels resultats

Ambdues parts podran difondre els resultats de la recerca esmentada, comunicant-ho prèviament a l'altra, i sempre hi haurà una oposició manifesta a aquesta difusió en el termini d'un mes.

SETENA.- Pòlissa de responsabilitat civil

El COPC serà responsable dels animals de companyia facilitats pels treballs amb els infants i adolescents tutelats per la DGAIA, i es compromet a respondre dels possibles danys i perjudicis que aquests animals puguin causar.

Per tenir coberta d'aquests fets el COPC tindrà contractada una pòlissa d'assegurances que doni cobertura a la responsabilitat esmentada al paràgraf anterior.

VUITENA.- Jurisdicció competent

Les parts es comprometen a resoldre de forma amistosa, en un primer moment i a través de les persones de referència de cada part, les possibles controvèrsies que es puguin originar en la interpretació o aplicació del present Conveni. En el supòsit que no s'arribi a cap acord per aquesta via, la jurisdicció competent és la contenciosa administrativa dels Tribunals de Barcelona.

NOVENA.- Vigència

9.1.-El present conveni de col·laboració serà vigent des del moment de la seva signatura i es mantindrà vigent mentre duri la present investigació o com a màxim fins el 31 de desembre de 2018.

9.2-No obstant això, es podrà prorrogar anualment, després d'aquesta data, mentre sigui vigent, de mutu acord i de forma expressa.

9.3-El conveni es pot modificar, per mitjà d'addenda, de mutu acord per les parts, per escrit i mentre sigui vigent.

DESENA.- Causes de resolució del conveni

Seràn causes d'extinció d'aquest conveni:

- a) El compliment del seu objecte.
- b) El mutu acord de les parts.
- c) La finalització del termini de vigència o d'alguna de les seves pròrrogues, sense haver-hi pròrroga expressa d'ambdues parts.
- d) D'incompliment dels seus pactes o de la normativa aplicable, amb denúncia prèvia de tres mesos d'alguna de les parts.

I, en prova de conformitat, ambdues parts signen el present conveni de col·laboració, per duplicat i a un únic efecte, en el lloc i la data indicats a l'encapçalament.

M. Mercè Santmartí i Miró



Directora General de la Direcció General
 d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

Josep Vilajoana i Celaya



Degà
 Col·legi Oficial de Psicologia de
 Catalunya

Apéndice D**Formulario de variables sociodemográficas**

Datos sociodemográficos		
Nombre y apellidos:	Sexo:	Edad:
.....	M / V
Centro residencial:	Estudios cursados:	
.....	
¿Tienes hermanos? En caso afirmativo, ¿cuántos?		
Sí / No		
¿Mantienes relación con algún familiar? ¿Con quién?		
Sí / No		
¿Estás recibiendo algún tipo de tratamiento médico o psicológico? ¿Cuál?		
Sí / No		
¿Conoces algún antecedente médico o psicológico en tu familia? ¿Cuál y quién?		
Sí / No		
En.....,		
..... de del 20.....		

Esta Tesis Doctoral ha sido defendida el día ____ d_____ de 201__

En el Centro_____

de la Universidad Ramon Llull, ante el Tribunal formado por los Doctores y Doctoras

abajo firmantes, habiendo obtenido la calificación:

Presidente/a

Vocal

Vocal *

Vocal *

Secretario/a

Doctorando/a

(*): Sólo en el caso de tener un tribunal de 5 miembros