



Universidad de León
Departamento Psicología, Sociología y Filosofía

Tesis Doctoral

SENTIDO DE COHERENCIA, EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA Y
DIMENSIONES DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES PORTUGUESES

Título en inglés

Sense of coherence, self-efficacy and dimensions of personality in
Portuguese adolescents

Tesis realizada por

MARÍA ROSA RODRÍGUEZ CRESPO

Dirigida por:

DR. DIONISIO MANGA RODRÍGUEZ

DRA. MARÍA CONSUELO MORÁN ASTORGA

Departamento: Psicología, Sociología y Filosofía

Área: Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

2016

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han colaborado en esta Tesis Doctoral.

A mis directores:

Consuelo Morán, por la rigurosidad exigida en la realización de este trabajo.

Dionisio Manga, por su orientación, acompañamiento y apoyo, sin el cual este trabajo no existiría.

A los adolescentes, protagonistas de esta tesis.

A los profesionales de la educación de Portugal que me permitieron realizar la investigación.

A mi padre por su paciencia y ayuda en el tratamiento de los datos.

A mi madre por hacer siempre que todo sea más fácil.

A mi familia por los consejos y correcciones.

A las personas que me ayudaron a ser coherente y no desistir en esta aventura.

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 12 |
| PRIMERA PARTE: DESARROLLO TEÓRICO | 15 |
| Capítulo 1. El Sentido de coherencia..... | 16 |
| 1.1 Del paradigma patogénico al paradigma salutogénico | 16 |
| 1.2 El Sentido de coherencia como constructo salutogénico | 18 |
| 1.3 Los componentes del Sentido de coherencia | 23 |
| 1.4 El SOC como instrumento de medida del Sentido de coherencia de los individuos | 25 |
| 1.5 Relación del Sentido de coherencia con otros constructos del ámbito de la personalidad..... | 27 |
| 1.6 Estudio del Sentido de coherencia en adolescentes..... | 34 |
| Capítulo 2. El modelo de los Cinco Factores (<i>Big Five</i>) de la personalidad..... | 40 |
| 2.1. Antecedentes del Modelo de los Cinco Factores | 40 |
| 2.2. Los Cinco Grandes de la estructura de la personalidad, según Costa y McCrae..... | 42 |
| 2.3. Prototipos y polos de los Cinco Factores de Personalidad..... | 45 |
| 2.4. Los factores y sus facetas | 47 |
| 2.5. Los 5 factores y su relación con otros modelos de la personalidad..... | 55 |
| 2.6. El NEO-PI-R y el NEO-FFI como instrumento de medida en la evaluación de la personalidad..... | 57 |
| 2.7. Tipología de la personalidad adolescente | 58 |
| Capítulo 3. Autoeficacia y Autoestima en Adolescentes..... | 62 |
| 3.1. Expectativas de autoeficacia y Expectativas generalizadas de control..... | 62 |
| 3.2. Noción y medida de la autoestima global | 69 |
| Capítulo 4. El tabaco como factor de riesgo en la personalidad de los adolescentes | 76 |
| 4.1. Primeras evidencias científicas | 76 |

| | |
|--|-----|
| 4.2. Un problema de salud prioritario..... | 78 |
| 4.3. Datos sobre el tabaquismo | 80 |
| 4.5. Personalidad, Sentido de Coherencia y Consumo de tabaco en los adolescentes | 83 |
| 4.6. El tabaquismo en el contexto escolar | 86 |
| Capítulo 5. La ideación suicida. | 92 |
| 5.1. Un problema de salud pública | 92 |
| 5.2. La Ideación suicida como inicio del proceso de suicidio | 94 |
| 5.3. Ideación suicida y rasgos de personalidad | 100 |
| Capítulo 6. Otras variables estudiadas..... | 103 |
| 6.1. Ideas Religiosas | 103 |
| 6.2. Variables relacionadas con la escuela y los compañeros..... | 111 |
| SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPIRICO..... | 113 |
| Capítulo 7. Objetivos | 114 |
| Capítulo 8. Metodología..... | 117 |
| 8.1. Participantes..... | 117 |
| 8.2. Instrumentos de medida | 118 |
| 8.3. Procedimiento | 129 |
| 8.4. Análisis estadísticos..... | 130 |
| Capítulo 9. Resultados..... | 132 |
| 9.1. Análisis centrados en las variables | 132 |
| 9.2. La personalidad: Prototipos con el acercamiento centrado en las personas | 135 |
| 9.3. ANOVAs para validación externa de los tres prototipos de personalidad | 139 |
| 9.4. Factores de protección y de riesgo en escalas de ítem único (validación externa de los tres prototipos de personalidad) | 146 |
| 9.5. La medida salutogénica del Sentido de coherencia (SOC-13): cinco niveles | 151 |

| | |
|---|-----|
| 9.6. El Sentido de coherencia (SOC-13) y factores de riesgo o protectores | 159 |
| 9.7. La influencia de la edad en los resultados | 166 |
| Capítulo 10. Discusión y conclusiones..... | 174 |
| 10.1. Discusión | 174 |
| 10.2. Conclusiones..... | 180 |
| 10.3. Ultima reflexión..... | 186 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 188 |
| ANEXOS | 216 |

Abreviaturas

BEEGC - Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control.

HBSC - Health Behavior in School-aged Children.

NEO-PI - Neuroticism-Extroversion-Openness (all five traits) Personality Inventory.

NEO FFI - NEO-Five-Factor Inventory.

OMS - Organización Mundial de la Salud.

WHO -World Health Organization.

SOC - (Sense of Coherence) -Sentido de coherencia -.

Índice de Tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Cuatro constructos del ámbito de la personalidad relacionados entre sí..... | 29 |
| Tabla 2. (N-E-O-A-C) El Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae, con su definición, prototipos, características de los polos y facetas, a partir de Sanz, Silva y Avia (1999) | 46 |
| Tabla 3. Las cinco dimensiones más robustas de la personalidad, según los autores más representativos desde los años 60 (Tabla modificada a partir de Digman, 1990 y Strelau, 1998) | 56 |
| Tabla 4. Versión castellana de la validación de la Escala de Autoestima de Rosenberg de Martin-Albo et al., 2007 | 73 |
| Tabla 5. Ítems de cada Faceta en los 60 del NEO-FFI, de los 240 del NEO-PI-R..... | 125 |
| Tabla 6. Los 60 ítems seleccionados con su número en el NEO-PI-R, 12 de cada Factor para el NEO-FFI..... | 127 |
| Tabla 7. Estadística descriptiva de todas las variables, las medias y desviaciones típicas, junto con la comparación de medias de cada sexo | 132 |
| Tabla 8. Fiabilidad de las escalas: NEO-FFI, Autoestima de Rosenberg y Sentido de coherencia (SOC-13) | 133 |
| Tabla 9. Matriz de correlaciones de las dimensiones de personalidad (NEO-FFI) con Sentido de coherencia (SOC), Autoestima (ROS) y Expectativas de Autoeficacia..... | 134 |
| Tabla 10. Matriz de correlaciones entre medidas de ítem único: Rendimiento académico, Ideación suicida, Ideas religiosas, Ideas de Estudios superiores, Faltar a clase y Consumo de Tabaco | 135 |
| Tabla 11. Participantes en la investigación por prototipos y sexo..... | 137 |
| Tabla 12. Comparación post-hoc, con la prueba de Newman-keuls, entre los 3 grupos en Sentido de coherencia como variable dependiente | 140 |
| Tabla 13. Comparación post-hoc, con la prueba Newman-Keuls, entre los 3 grupos. Locus de Control Interno como variable dependiente | 143 |
| Tabla 14. Comparación post-hoc, con la prueba de Newman-Keuls, entre los 3 grupos. Autoestima como variable dependiente..... | 146 |
| Tabla 15. Clasificación de los adolescentes de la muestra según el nivel de Sentido de coherencia, o puntos obtenidos en la aplicación del Sentido de Coherencia-13, y el Sexo | 151 |
| Tabla 16.- Distribuidos por sexo y porcentajes, los NO tabaco y Sí tabaco | 162 |
| Tabla 17. Los participantes por edad y sexo | 167 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 18. Clasificación de los adolescentes RESILIENTES según su Sentido de coherencia y sexo | 171 |
| Tabla 19. Clasificación de los adolescentes INFRACONTROLADOS según su Sentido de coherencia y sexo | 171 |
| Tabla 20. Clasificación de los adolescentes SUPRACONTROLADOS según su Sentido de coherencia y sexo | 172 |

Índice de Figuras

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Las categorías de las variables incluidas en el metamodelo de la personalidad de McCrae y Costa (1996, p.29)..... | 44 |
| Figura 2. Los tres <i>clusters</i> o prototipos de personalidad en adolescentes portugueses, a partir de las puntuaciones en el cuestionario NEO-FFI..... | 136 |
| Figura 3. Los tres prototipos en el SOC-13 en puntuaciones z..... | 140 |
| Figura 4. MANOVA con los tres prototipos como variables independientes y con sus puntuaciones en las cinco escalas de Expectativas generalizadas de control (BEEGC-20) (en puntuaciones z) | 141 |
| Figura 5. Representación del Locus de control interno (Contingencia), en barras, para los tres grupos o prototipos de personalidad en adolescentes..... | 142 |
| Figura 6. ANOVA. La variable Expectativas de Autoeficacia representada en barras para cada uno de los tres grupos de personalidad, como efecto principal..... | 143 |
| Figura 7. La variable Expectativas de Autoeficacia teniendo en cuenta la variable sexo para cada uno de los tres grupos de personalidad | 145 |
| Figura 8. Se representan en barras las diferencias de los tres grupos de personalidad en Autoestima, según la escala de Rosenberg, como efecto principal..... | 145 |
| Figura 9. La Ideación suicida para cada uno de los tres grupos de personalidad | 147 |
| Figura 10. Buen trato de los compañeros para cada uno de los tres grupos de personalidad. | 148 |
| Figura 11. Faltar a clase, para cada uno de los tres grupos de personalidad | 149 |
| Figura 12. Rendimiento académico para cada uno de los tres grupos de personalidad | 150 |
| Figura 13. Ideas religiosas para cada uno de los tres grupos de personalidad..... | 150 |
| Figura 14. Se muestran en puntuaciones z las medias de los cinco grupos según su nivel de Sentido de coherencia..... | 152 |
| Figura 15. Diferencias en Locus de control interno (o la medida de Contingencia en BEEGC-20), según los niveles de Sentido de coherencia. Los valores aparecen en puntuaciones z | 153 |
| Figura 16. Diferencias individuales en Expectativa de Autoeficacia (BEEGC-20) según el Nivel de Sentido de coherencia de los cinco grupos, en puntuaciones z | 154 |
| Figura 17. Diferencias en Autoestima Global (Escala de Rosenberg) según el Nivel de Sentido de coherencia de los cinco grupos, en puntuaciones z..... | 155 |

| | |
|--|-----|
| Figura 18. Diferencias en Neuroticismo, según los niveles de Sentido de coherencia, en puntuaciones z | 156 |
| Figura 19. Diferencias en Extraversión, según los niveles de Sentido de coherencia, en puntuaciones z | 157 |
| Figura 20. Diferencias en Amabilidad, según los niveles de Sentido de coherencia, en puntuaciones z | 157 |
| Figura 21. Diferencias en Responsabilidad según los niveles de Sentido de coherencia, en puntuaciones z | 158 |
| Figura 22. Diferencia entre los niveles de Sentido de coherencia en cuanto al Consumo de tabaco..... | 159 |
| Figura 23. Interacción de Niveles de Sentido de coherencia por Sexo, en la variable TABACO160 | |
| Figura 24. Los adolescentes que NO consumen tabaco frente a los que SÍ lo consumen, en RENDIMIENTO ACADÉMICO..... | 161 |
| Figura 25. Los adolescentes que NO consumen tabaco frente a los que SÍ lo consumen en Sentido de coherencia, teniendo en cuenta el sexo. | 162 |
| Figura 26. ANOVA de Tabaco y Sentido de coherencia como variables independientes, con Autoestima como variable dependiente (sólo en las 440 mujeres) | 163 |
| Figura 27. Tabaco y Sentido de coherencia como variable independiente con Autoestima como variable dependiente (Sólo en los 285 varones)..... | 164 |
| Figura 28. Interacción Sentido de coherencia e Idea religiosa por Sexo | 164 |
| Figura 29. La Ideación suicida en adolescentes está muy relacionada con los Niveles de Sentido de coherencia..... | 165 |
| Figura 30. Niveles de Sentido de coherencia y Rendimiento académico | 166 |
| Figura 31. Autoestima y Edad de los adolescentes..... | 167 |
| Figura 32. Autoeficacia y Edad de los adolescentes..... | 168 |
| Figura 33. Consumo de tabaco y Edad de los adolescentes | 168 |
| Figura 34. Ideación suicida y Edad de los Adolescentes | 169 |
| Figura 35. Diferencias de género en Ideación suicida e edad de los adolescentes | 169 |
| Figura 36. Rendimiento académico y Edad de los adolescentes | 170 |
| Figura 37. Falta de asistencia a clase y Edad de los adolescentes | 170 |

Figura 38. El Tipo G1 es el tipo Supracontrolado o Vulnerable de personalidad con todos sus niveles de Sentido de coherencia puntuando por debajo de la media de la muestra total en Autoestima 172

INTRODUCCIÓN

La Promoción de la Salud es una prioridad para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y un objetivo constante en mi vida profesional como médica especialista de Salud Pública en Portugal. Durante esta investigación, como Coordinadora de la “Promoción y Protección de la Salud” y Responsable del “Programa Nacional de Salud Escolar” de la provincia de Vila Real, situada al norte de Portugal, mi actividad profesional se centró en las escuelas. La escuela es un lugar privilegiado para facilitar el desarrollo de capacidades para enfrentar los problemas y promover la salud. Es en la infancia y la adolescencia donde se adquieren hábitos de vida que se consolidan con los años. En nuestra práctica profesional, hemos pasado de abordar los riesgos para investigar los determinantes de la salud de los adolescentes, pues este conocimiento es fundamental para la Promoción de la Salud.

Es este sentido salutogénico el que nos ha llevado a estudiar determinadas características de la personalidad de los adolescentes con el objetivo de promover capacidades que les llevan en dirección a la salud, para que puedan enfrentarse, entre otros, a problemas como el tabaquismo. Optamos por la adolescencia por ser un periodo crítico para el inicio del consumo del tabaco. Según la OMS, el 80% de los adultos fumadores empezaron a fumar antes de los 18 años (WHO, 2005).

Este trabajo consta de 10 capítulos.

El primer capítulo, a partir del paradigma salutogénico, desarrolla el marco teórico sobre el Sentido de coherencia y sus antecedentes. Explica los componentes del Sentido de coherencia como constructo salutogénico y lo relaciona con otros constructos similares del ámbito de la personalidad. Estudia el Sentido de coherencia, característica personal propuesta por Antonovsky (1923-1994), como elemento influyente de las estrategias usadas ante los acontecimientos generadores de estrés a nivel de la salud. Estudia la escala del Sentido de coherencia como instrumento de medida del Sentido de coherencia, presentando la versión abreviada, de 13 ítems, del Cuestionario OLQ (*Orientation to Life Questionnaire*) de Antonovsky (1987), adaptada por Dionisio Manga en la Universidad de León y utilizada en este estudio. Y, por último,

plantea los puntos esenciales a tener en cuenta cuando se investiga la salud psicológica de los adolescentes.

El segundo capítulo presenta los antecedentes e historia del Modelo de los Cinco Factores (*Big Five*) de la personalidad. Relaciona el Modelo de los Cinco Factores según Costa McCrae con otros modelos de la personalidad. Estudia los Cinco Factores de personalidad medidos a través del Cuestionario NEO PI-R (Costa y McCrae, 1999, 2000) y la versión abreviada portuguesa del NEO PI-R (NEO-FFI). Termina con la tipología de la personalidad adolescente centrandose en tres prototipos: el Resiliente, el Supercontrolado o Vulnerable y el Infracontrolado o Antisocial.

El tercer capítulo estudia las Expectativas de Autoeficacia y Expectativas generalizadas de Control. Presenta las cinco escalas de Palenzuela, Prieto, Barros y Almeida (1997) o BEEGC-20 para el estudio de la variable Control. Relaciona la autoeficacia con el consumo de tabaco y los adolescentes. Termina con el estudio de la Autoestima y su medida a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

El cuarto capítulo presenta el Consumo de tabaco como factor de riesgo en la personalidad de los adolescentes. Hace un recorrido desde las primeras evidencias científicas hasta ser considerado como un problema prioritario de salud. Después de presentar algunos estudios relacionándolo con el Sentido de coherencia y la personalidad de los adolescentes, termina con algunas consideraciones sobre el contexto escolar.

La Ideación suicida como un problema de saúde pública e inserida en el complejo proceso del suicidio es el tema del quinto capítulo.

El capítulo seis trata de las Ideas religiosas y algunas variables de este trabajo relacionadas con el contexto escolar.

Los objetivos de la investigación planteados en la dirección de establecer las relaciones existentes entre las distintas variables a estudio, se recogen en el capítulo siete. Para conseguir estos objetivos se explica el método científico utilizado, en el

capítulo ocho. Después de realizar los pertinentes análisis estadísticos encontramos los resultados en el capítulo nueve.

El capítulo diez presenta la discusión y conclusiones.

Al final se recogen las referencias bibliográficas citadas a lo largo del trabajo y, por último, los anexos con los cuestionarios utilizados en la investigación.

En conclusión, este trabajo pretende ser una pequeña contribución para un mayor conocimiento de la personalidad de los estudiantes adolescentes portugueses, y para ello estudiamos aspectos como su Sentido de coherencia, Expectativas de Control y Autoestima y su relación con algunos factores de protección y de riesgo como el Rendimiento académico, el Absentismo en la escuela, el Consumo de tabaco, la Ideación suicida y las Ideas religiosas, con la finalidad de poder promover su salud en el futuro. Un mayor conocimiento de la capacidad de los adolescentes para enfrentarse con situaciones de estrés puede contribuir para la elaboración de programas futuros de promoción de la salud de los adolescentes.

PRIMERA PARTE: DESARROLLO TEÓRICO

Capítulo 1. El Sentido de coherencia

1.1 Del paradigma patogénico al paradigma salutogénico

La Salud es un concepto complejo (Eryksson, 2007). Según Lindström y Eryksson (2005) hallar un concepto coherente de salud, de cara al siglo XXI, es una de las necesidades más pertinentes para la educación de los profesionales de la salud, y para conseguirlo, pudiera servir el modelo salutogénico propuesto por el sociólogo Aaron Antonovsky (Antonovsky, 1979, 1987).

La dificultad de definir la salud, debido a los múltiples elementos que la determinan, ha dado origen a muchas definiciones. La más divulgada es la propuesta de Andrija Stampar, y adoptada por la OMS en 1948 en su carta constitucional, como “el estado de completo bien-estar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Aunque fue innovadora en su momento al utilizar por primera vez términos positivos e incluir las áreas mental y social, también fue criticada. Después la OMS abandonó esta postura subjetiva, utópica y estática, adoptando un concepto dinámico de salud, donde la salud y la enfermedad forman un continuo entre la muerte y el completo bienestar. Así, en la formulación de los objetivos de la estrategia “Salud para todos en el año 2000” ya no aparece la palabra “completo”, refiriendo como objetivo “que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven” (Piédrola et al., 1991).

Posteriormente, se propuso la inclusión de una dimensión espiritual. Y de hecho, la propia OMS utiliza un nuevo dominio de las creencias espirituales, en el formulario WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Instrument – 100 ítems) (WHO, 1998).

Actualmente se incorpora la dimensión espiritual a los factores físico, mental y social tradicionalmente considerados (Nutbeam, 1998; Erikson, 2007).

La necesidad de reformular el concepto de salud ha dado lugar a diferentes propuestas. El modelo propuesto por Laframboise (1973) identifica cuatro elementos determinantes de la salud: el medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y el sistema organizado de atención de la salud. Este modelo fue aplicado en el sistema de salud canadiense por Lalonde (1974) quien elaboró el histórico Informe Lalonde.

La Declaración de Alma Ata (1978), conferencia internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, entiende la salud intersectorialmente, como un bienestar holístico, como un derecho humano fundamental y una responsabilidad individual, socio-comunitaria e institucional. Esta conceptualización de salud fue retomada en las diferentes Conferencias Internacionales sobre la Promoción de la Salud (World Health Organization –WHO-, 1978).

La Primera Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud realizada en Ottawa, Canadá, define la Promoción de la Salud como el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla (WHO, 1986).

La sucesión de las diferentes Conferencias Internacionales sobre la Promoción de la Salud, organizadas por la OMS, han contribuido a encauzar el desarrollo, la orientación y la práctica mundial de la Promoción de la Salud. Así, las recomendaciones de Adelaida (Australia) en 1988, Segunda Conferencia Internacional, definen las políticas públicas favorables a la salud. El tabaco fue una de las áreas prioritarias identificadas (WHO, 1988).

En el desarrollo de la Promoción de la Salud tuvo también influencia el modelo salutogénico del sociólogo Antonovsky (1979). Las teorías sobre investigación y práctica de la Promoción de la Salud fueron discutidas en un seminario celebrado en la Oficina Regional de la OMS en Copenhague en 1992, al que asistió Antonovsky y presentó su modelo salutogénico. Hubo un acuerdo en cambiar el enfoque hacia la salud en lugar de la enfermedad como defendía el modelo biomédico de la enfermedad (Dean y McQueen, 1996).

Antonovsky (1979, 1987) propone un modelo que procura los elementos que conducen al individuo a mantenerse con salud, independientemente de las circunstancias desfavorables. Promueve así un paradigma salutogénico, cuyo objetivo es el conocimiento de la salud, completando al paradigma patogénico, cuyo objetivo es el conocimiento de la enfermedad en relación a la salud. Rechaza la clasificación dicotómica de personas sanas y enfermas para considerar la salud como un continuo multidimensional: disfuncionalidad-funcionalidad entre la salud y la enfermedad. En ese continuo procura los factores que llevan al individuo en dirección a la salud, en vez de buscar las causas que le llevan a la enfermedad.

1.2 El Sentido de coherencia como constructo salutogénico

Lindström y Eriksson (2005) reconocen que fue el sociólogo Aarón Antonovsky quien puso las bases del constructo de salutogénesis.

Antonovsky (1923-1994) nació en Nueva York, fue profesor y director del departamento de sociología de la salud en la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ben-Gurion en Israel. Según Lindström y Eriksson (2005), su contribución fundamental fue la de hacer surgir la cuestión filosófica de la salutogénesis, planteando sobre todo la búsqueda del origen de la salud más que de las causas de la enfermedad.

El modelo salutogénico de Antonovsky intenta explicar porqué ciertas personas expuestas a factores estresantes se mantienen saludables mientras otras aumentan su vulnerabilidad y enferman (Antonovsky, 1979).

Antonovsky elaboró este modelo a partir de investigaciones sobre individuos marginados, cuya experiencia de vida había pasado por momentos desorganizadores, estresantes, y sin embargo manifestaban capacidad de encontrar coherencia en su vida, incluso salían fortalecidos. Como sociólogo de medicina social y salud, realizó estudios de personas que habían sufrido fuertes penalidades y procesos de estrés durante la guerra, descubrió que las respuestas a estímulos de tanta adversidad eran precisamente las que ayudaban a la gente a superar las situaciones estresantes. Otras

personas, por el contrario, carentes de esas experiencias tan dramáticas no conseguían superar tanto estrés.

Tuvo Antonovsky la idea salutogénica mientras dirigía, en Israel, un estudio epidemiológico sobre problemas de la menopausia de las mujeres en diferentes grupos étnicos. Uno de los grupos compartió una experiencia común, la de haber sobrevivido a campos de concentración durante la segunda guerra mundial. Encontró, para su sorpresa, que ese grupo de mujeres supervivientes a campos de concentración tenían la capacidad de mantener buena salud y llevar una buena vida a pesar de lo que todas ellas habían pasado. Llegó a la conclusión de la omnipresencia de los agentes estresantes y a la capacidad de resistencia de los individuos implicados en esas experiencias. Aunque no podemos anular los factores estresantes de la vida, sí podemos disminuir su impacto. Los estresores también tienen consecuencias positivas (Antonovsky, 1979, 1987).

Según Lindström y Eriksson (2005), Antonovsky afirmó entonces que la enfermedad y el estrés ocurren en todas partes y en todo tiempo, siendo sorprendente que los organismos fueran capaces de sobrevivir a toda una constante exposición masiva de estrés. La cuestión que viene a la mente es cómo se puede sobrevivir a pesar de esto. En este mundo, la salud es relativa dentro de un continuo, y la cuestión clave para investigar es qué es lo que causa la salud (salutogénesis), no cuáles son las razones por las que se enferma (patogénesis).

Para Antonovsky (1987) existe un continuo entre la salud y la enfermedad. La posición de cada persona en este continuo está determinada por lo que él llama Sentido de coherencia (SOC - *Sense of Coherence*). Este Sentido de coherencia es una característica de cada persona que se desarrolla a lo largo de su experiencia de vida. Es una orientación global que expresa la medida en que la persona tiene un persistente, pero dinámico, sentimiento de confianza en que los estímulos procedentes del medio interno y del medio externo están estructurados, pudiendo ser predictibles y explicables (*comprehensibility*); confía en que tiene recursos y capacidad a su alcance para responder a las exigencias colocadas por esos estímulos (*manageability*); y que

esas exigencias son desafíos a los que merece la pena enfrentarse (*meaningfulness*) (Antonovsky, 1987).

Antonovsky defiende que cuanto más alto es el Sentido de coherencia de la persona, ésta estará más próxima del extremo salud en el continuum enfermedad-salud. Es decir, ante la hipótesis de que un alto Sentido de coherencia aproxima al individuo en el continuo disfuncionalidad/funcionalidad del extremo de máxima funcionalidad, un bajo Sentido de coherencia está relacionado con una baja funcionalidad. Un estudio caso-control realizado con la finalidad de conocer la diferente capacidad de enfrentarse a situaciones estresantes entre funcionarios públicos con baja laboral (grupo experimental) frente a funcionarios sin baja laboral (grupo control), encontró una asociación significativa entre un bajo Sentido de coherencia y las bajas por enfermedad frente al grupo considerado control (Rodríguez-Crespo, 2000).

Un concepto fundamental de la teoría de Antonovsky (1979, 1987) son los Recursos Generales de Resistencia (RGR). Éstos son fenómenos que proporcionan al individuo un conjunto de experiencias de vida caracterizadas por la consistencia, facilitándole una evaluación de su acción e implicación en la obtención de los resultados. No son estrictamente tipos de afrontamiento, aunque puedan serlo, son líneas de acción que favorecen la conducta saludable y las respuestas adaptativas ante los factores de estrés. Los Recursos Generales de Resistencia son factores biológicos, materiales y psicosociales que ayudan a la persona a percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Ayudan a enfrentarse a los desafíos de la vida. Él clasifica los Recursos Generales de Resistencia en seis grandes grupos: físico-bioquímicos como la salud física, materiales como los bienes, cognitivos y emocionales como la identidad propia, actitudes como las estrategias de afrontamiento, interpersonal-relacional como el apoyo social y aspectos macro-socioculturales como el contexto sociocultural o incluso el apoyo en las creencias religiosas. El Sentido de coherencia sería el componente personal que facilita el uso de estos Recursos Generales de Resistencia.

La perspectiva salutogénica se centra en tres aspectos. El primero pone el acento en las soluciones una vez hallado el problema. El segundo aspecto consiste en

identificar los Recursos Generalizados de Resistencia que permite a la gente moverse en la dirección de una salud positiva. Y el tercer aspecto es el de identificar un sentido global y dominante en los individuos, grupos, poblaciones, o sistemas que sirva como mecanismo general o capacidad para este proceso, y éste es el Sentido de coherencia. Después de 30 años de investigación, Lindström y Eriksson (2005) resaltan las siguientes consideraciones:

- El Sentido de coherencia se desarrolla a lo largo de la vida.

- El Sentido de coherencia aumenta en las personas con los años, estableciendo fuertes correlaciones positivas con salud percibida, salud mental y calidad de vida.

- El Instituto de Medicina en USA afirmó en 2003 que una de las necesidades más pertinentes para la educación de profesionales de la salud, de cara al siglo XXI, es la necesidad de hallar un concepto coherente de salud.

- El modelo salutogénico propuesto por Antonovsky pudiera servir a un propósito como éste.

Antonovsky (1987) hizo estudios interculturales de gente que había sufrido procesos traumáticos y de estrés, pudiendo así elaborar su teoría sobre lo que se ha venido llamando el comportamiento resiliente. Identificó el Sentido de coherencia como actitud responsable que permite al individuo y a los grupos sociales tener una perspectiva psicológica saludable, la cual motiva y sirve de base al comportamiento de los individuos para enfrentarse con éxito a los eventos estresantes y traumáticos. El Sentido de coherencia es una variable importante de su capacidad de enfrentarse a ellos.

Antonovsky (1987) presenta el concepto de Sentido de coherencia como un constructo psicológico de carácter universal, ya que trasciende a la clase social, al sexo, a la religión o a la cultura. Se presenta con estrechas conexiones con la salud mental. Antonovsky construyó una escala igualmente denominada Sentido de coherencia (SOC) para medir ese Sentido de coherencia en las personas. En el intento por superar adversidades, los jóvenes han de superar la desorganización o caos

(adversidad, violencia e incertidumbre) con una actitud cuyos comportamientos les aporten control de ese caos y bienestar.

“El Sentido de coherencia ofrece una posibilidad sólidamente fundamentada para su análisis, explicación y comprensión, pues al ubicarla en un continuo, favorece la creación y desarrollo de acciones que permitan el desplazamiento del individuo y de los grupos desde el polo de sufrimiento emocional y disfuncionalidad psicológica, hacia el polo caracterizado por el bienestar psicológico. Lo anterior es posible si se fortalecen estrategias de afrontamiento basadas en el uso de mecanismos flexibles, adaptativos y conscientes frente a los retos, la creatividad, la economía de los recursos energéticos, de las inversiones comportamentales que realice, la alegría, la conducta cooperativa y prosocial, la reciprocidad y la justicia. Por lo tanto, por ser la promoción de la salud mental uno de los retos fundamentales de la era actual, el Sentido de coherencia permite desarrollar la promoción de ésta desde una visión salutogénica y orientada hacia la construcción de bienestar y desarrollo humano en concordancia con los lineamientos contemporáneos de la salud pública” (Palacios-Espinosa y Restrepo-Espinosa, 2008, p. 295).

Por su parte, Palacios-Espinosa y Restrepo-Espinosa (2008) concluyen que después de pasadas dos décadas largas desde la creación del modelo salutogénico, “su vigencia y utilidad continúan intactas... Permite articular la investigación empírica fundamentada en la percepción subjetiva y en la forma de percibirse y percibir el entorno, así como desarrollar investigación empírica en lo individual, en lo familiar y en lo comunitario” (pp. 294-295).

Antonovsky (1987) utiliza la metáfora del río para describir la salutogénesis. El río simboliza la vida y la capacidad individual para nadar es similar al concepto del Sentido de coherencia, constituye una ayuda ante los peligros del río.

Rivera, Ramos, Moreno y Hernan (2011) analizaron las bases teóricas del modelo salutogénico, sus antecedentes y precursores, sus inicios, su desarrollo y su expansión, así como la importancia que adquiere en la salud pública actual.

1.3 Los componentes del Sentido de coherencia

El constructo central o eje de nuestro trabajo de investigación es el Sentido de Coherencia. A Antonovsky (1979, 1987) se debe la descripción inicial del Sentido de coherencia (Sense of coherence, SOC), como una orientación global de los seres humanos en cuanto a la visión del mundo y al modo de responder al estrés de la vida. Un Sentido de coherencia más fuerte convierte a los individuos en más resistentes a los efectos del estrés que un bajo Sentido de coherencia, a causa o bien de apreciar que los estímulos no conllevan un estrés excesivo o bien porque incluso se perciben como benignos.

De modo más detallado, el propio Antonovsky (1993) propuso que eran tres los componentes del Sentido de coherencia: Comprensibilidad, Manejabilidad y Significación. Los estímulos que se originan en el medio externo o interno en el curso de la vida están estructurados, son predecibles y explicables (componente cognitivo de Comprensibilidad). Los seres humanos poseen recursos para poder hacer frente adecuadamente a esos estímulos (componente conductual de Manejabilidad). Por fin, las demandas de los estímulos son desafíos o retos a los que hemos de considerar significativos y dignos de nuestro compromiso (componente motivacional de Significación).

El modelo salutogénico del Sentido de coherencia se enfoca a aquellos factores que ayudan a promover en las personas bienestar y afrontamiento adaptativo. Desde este modelo, el estudio de los estresores pierde importancia para enfatizar la manera en que las personas se enfrentan al estrés, así como en la orientación o disposición para encarar la vida y los problemas que en ella tienen lugar. Para su autor, el Sentido de coherencia no es un rasgo de personalidad ni un estilo de afrontamiento específico, debido a que propiamente es una *orientación disposicional generalizada*, sumamente útil para hacer frente y resolver los problemas, dificultades y adversidades que se nos presentan en la vida. Para ello, como ya indicamos, es precisa esa *orientación global*, que implica confianza amplia, resistente y dinámica en tres puntos (Antonovsky, 1993):

1. Que los estímulos provenientes del entorno (interno o externo) a lo largo de la vida están estructurados, son predecibles y manejables (Comprensibilidad).
2. Que están disponibles recursos suficientes para afrontar las demandas de tales estímulos (Manejabilidad).
3. Que esas demandas son desafíos que merecen implicarse en ellos de forma comprometida (significatividad).

Moreno, Alonso y Álvarez (1997) estudian el papel del Sentido de coherencia como moderador de salud ante circunstancias estresantes, informando acerca de las características psicométricas de la población española por primera vez. Encontraron indicadores psicométricos semejantes a los ofrecidos por adaptaciones a poblaciones normalizadas en otros países (Eriksson, 2007).

El Sentido de coherencia como constructo posee tres componentes que se corresponden con los tres aspectos anteriormente enunciados. Los tres componentes del Sentido de coherencia son, según leemos en Moreno, Alonso y Álvarez (1997), la Comprensibilidad o comprensión (*comprehensibility*), la Manejabilidad o dirección (*manageability*) y la significatividad o significación (*meaningfulness*).

Los componentes del constructo son, como venimos diciendo:

-COMPRESIBILIDAD (*comprehensibility*), que hace referencia a la sensación cognitiva ordenada, consistente y clara de la estimulación ambiental. Indica que se pueden entender las situaciones que la gente está viviendo, aunque sean éstas estresantes. La Comprensibilidad se ve favorecida por experiencias estables a lo largo de la vida. Si este componente del Sentido de coherencia es bajo, se puede sentir que las reglas que rigen cada situación son inconsistentes, lo cual apunta a la existencia de peligro y falta de sentido.

-MANEJABILIDAD (*manageability*), que se refiere a la percepción de los recursos que cada uno tiene a disposición para hacer frente a las situaciones que se van presentando en el propio entorno con sus demandas concretas. Los recursos pueden ser medios materiales como dinero, o también apoyo social percibido, experiencia con los problemas, e incluso el apoyo en las creencias religiosas. Si el

individuo dispone de los recursos adecuados, podrá actuar solucionando los problemas y superando así las dificultades que aparezcan en su vida. La Manejabilidad es un componente del Sentido de coherencia que se ve favorecida cuando se utiliza el potencial propio de manera óptima y satisfactoria, siempre contando con los recursos apropiados para perseguir la solución de los problemas que en la vida se vayan presentando en diversas situaciones.

-SIGNIFICATIVIDAD (*meaningfulness*), tercer componente del Sentido de coherencia que viene a ser el más importante de los tres. Se trata del componente motivacional, haciendo que la persona busque los recursos necesarios para enfrentarse a las situaciones que aparecerán con diferente nivel de estrés para los individuos. Este componente de significatividad o significación es el encargado de dar razón del porqué debe hacerse frente a las demandas. Indica que los estímulos tienen sentido, que la vida con sus dificultades se nos ofrece como un reto, más bien que como una amenaza. La experiencia con la resolución de problemas previos, en situaciones a veces muy difíciles, incrementa este sentimiento de que la vida se compone de otras experiencias, todas ellas significativas y dignas de que nos enfrentemos a ellas por difíciles que sean.

Para que el Sentido de coherencia sea útil a los individuos en el campo de la salud, incluida la salud pública, los seres humanos tienen que entender sus vidas y tienen que ser entendidos por otros, tienen que percibir que son capaces de manejar las situaciones y, lo que es más profundo e importante, tienen que percibir que su vida es lo suficientemente significativa como para sentirse motivados a seguir con esa orientación (Lindstrom y Eriksson, 2005).

1.4 El SOC como instrumento de medida del Sentido de coherencia de los individuos

Para medir el Sentido de coherencia, Antonovsky construyó el cuestionario OLQ (Orientation to Life Questionnaire) compuesto por 29 ítems, con elevada consistencia interna, Alpha de Cronbach de 0.84 a 0.93 (Antonovsky, 1987). En esta investigación

medimos el Sentido de coherencia a través del SOC-13, una versión simplificada del Cuestionario OLQ, adaptada por Dionisio Manga.

En investigación, la escala del Sentido de coherencia fue construida para medir el constructo como una orientación global, y de forma explícita se aconsejó no medir los componentes arriba descritos, a pesar de lo cual, algunos investigadores han creído conveniente desarrollar bases teóricas para los componentes y así aprovechar por separado las puntuaciones de sus 29 ítems, Sentido de coherencia-29 (SOC-29).

Se ha desarrollado también una versión abreviada de 13 ítems, Sentido de coherencia-13 (SOC-13), versión con ítems igualmente para los tres componentes y coeficientes de fiabilidad con valores Alfa de 0.70 a 0.92, que se ha utilizado en muchos estudios. En cuanto a validez, la estructura factorial parece más bien multidimensional que unidimensional. Se considera que la escala Sentido de coherencia es un instrumento fiable, válido y aplicable transculturalmente para medir cómo la gente maneja las situaciones estresantes y sale con bien de ellas (Eriksson y Lindstrom, 2005).

La forma corta de la escala del Sentido de coherencia de Antonovsky, con 13 ítems, ha mostrado una correlación muy aceptable con la escala original ($r = .93$), según Antonovsky (1993). El Sentido de coherencia-13 se contesta en una escala de 1 a 7, expresando menor o mayor acuerdo con las cuestiones planteadas, con algunas de ellas formuladas en sentido invertido para su corrección.

Feldt y Rasku (1998) estudiaron la estructura del *Orientation to Life Questionnaire* de Antonovsky (1987) en su versión abreviada (13 ítems). Compararon tres modelos del análisis de los factores. Indicaron que el formato corto del *Orientation to Life Questionnaire* de Antonovsky podría conceptualizarse como un factor general, el Sentido de coherencia, con los tres factores de primer orden Comprensibilidad, Manejabilidad y significatividad.

Virués-Ortega, Martínez-Martin, del Barrio y Lozano. (2007) validaron la versión reducida (SOC-13) en una muestra española de ancianos mayores de 70 años,

ofreciendo nuevos datos de fiabilidad y validez convergentes del Sentido de coherencia.

1.5 Relación del Sentido de coherencia con otros constructos del ámbito de la personalidad

Es posible identificar algunos precursores del paradigma salutogénico, como los humanistas pues estudian al hombre en su potencial más positivo desde el crecimiento psicológico y la salud. Carl R. Rogers (1902-1987), el gran pionero en el desarrollo de la Psicología humanista, entiende el self o “el concepto de sí mismo” como un modelo constante y organizado de las características percibidas del verdadero yo (self), junto con valores vinculados a esos atributos. La teoría de Roger se basa en esta “tendencia actualizante” o motivación innata presente en la vida de las personas, dirigida a desarrollar sus potencialidades hasta el mayor límite posible. Esto ocurre cuando se aceptan, se abren a sus propias experiencias, al self. Cuando existen sucesos que amenazan al self, las personas sienten una incoherencia, no se comprenden a sí mismas, se cierran a sus propias experiencias, como resultado no pueden actualizar su potencialidades. Pero si consiguen actualizarlas superando esas amenazas, sienten una mayor armonía dinámica, una mayor coherencia con ese impulso siempre existente en dirección al crecimiento, a la salud. En este sentido Rogers presenta los conceptos de “tendencia de la realización” y “personalidad de total funcionamiento” (Rogers, 1959).

También es posible identificar ejemplos prácticos que ayudan a desarrollar esta coherencia interna en las personas, actualizando sus potencialidades. Es el caso del humanista, psicopedagogo francés, André Rochais (1921-1990), fundador del organismo de psicopedagogía del crecimiento humano llamado Personalidad y Relaciones Humanas (PRH). Este método de auto-descubrimiento personal ayuda al crecimiento desde el interior de la persona (Personnalité et Relations Humaines, 1997, 2012).

Aunque Antonovsky (1979, 1987) es considerado el gran impulsor del nuevo paradigma salutogénico y él propio afirma que la perspectiva salutogénica es

completamente innovadora, al revisar la literatura encontramos teorías que siguen esta misma línea de investigación.

Así, encontramos el concepto de Firmeza o Personalidad Resistente formulada por Kobasa (1982), la teoría de Autoeficacia de Bandura (1977) y el Locus de control (Rotter, 1966).

El modelo de Kobasa (1982), denominado Personalidad Resistente (*hardy personality*) o Firmeza (*hardiness*), propone tres dimensiones características. El compromiso (*Commitment*), o la medida en la que el sujeto se implica en las situaciones; es la capacidad de creer en los valores de verdad, importancia e interés de lo que uno es y de lo que hace para conseguir sus metas en la vida. Control (*Control*), o la medida en que está convencido de poder intervenir en el curso de los acontecimientos; es la capacidad de asumir la responsabilidad propia en cuanto esté ocurriendo sin atribuirlo a otros o al destino sin más reflexiones. Y reto (*Challenge*), o la medida en que el sujeto percibe que las situaciones complicadas e estresantes de la vida son un desafío y una oportunidad de crecimiento personal. El conjunto de las tres dimensiones constituye la Personalidad Resistente o Firme, particularmente resistente al estrés.

Según Bandura (1977), las Expectativas de eficacia personal determinan el esfuerzo que las personas emplean para realizar una tarea específica así como su grado de perseverancia cuando se enfrentan a situaciones difíciles. Posteriormente, después de veinte años de investigación, afirma que las personas que gozan de un alto nivel de Autoeficacia son más eficaces y consiguen más éxitos que las personas con expectativas bajas de eficacia personal (Bandura, 1997).

Según Rotter (1966) podemos predecir la conducta de las personas al conocer cómo estas personas ven una situación, qué expectativas tienen sobre su propia conducta y cómo evalúan los resultados de sus actos. La percepción de control ante la situación aumenta la motivación para hacerle frente. Este es el caso de los sujetos con Locus de control interno, con creencia generalizada de que los refuerzos que siguen a una acción están directamente relacionados con su propia conducta o características

personales. En cambio, los que tienen Locus de control externo percibirán que las consecuencias de su conducta dependen de factores ajenos a su control, como la suerte, el destino, el azar o la participación de otras personas.

Según Antonovsky (1991b) hay cierta semejanza entre su concepto de Sentido de coherencia y los conceptos de Firmeza, Autoeficacia y Locus de control, cuatro conceptos que él denominó las cuatro fuerzas salutogénicas y que comparten una serie de aspectos; en lugar de preguntarse sobre los factores patógenos y los fracasos en el afrontamiento que conducen a la enfermedad, se centran en la explicación de la resolución con éxito frente a los estresores y cómo explicar el mantenimiento o la vuelta a la salud.

En Durá y Sánchez Canovas (1999) se comentan y resumen las semejanzas entre el concepto de Sentido de coherencia y los conceptos de Autoeficacia, Firmeza y Locus de control. El concepto de Autoeficacia y Locus de control los desarrollamos y explicamos en el capítulo siguiente de esta tesis.

Existen, pues, cuatro acercamientos o enfoques al mantenimiento y recuperación de la salud, con algunas semejanzas entre ellos. Los 4 enfoques aparecen con sus creadores e impulsores en la siguiente tabla:

Tabla 1. Cuatro constructos del ámbito de la personalidad relacionados entre sí

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| 1.Sentido de coherencia..... | A. Antonovsky. |
| 2.Firmeza (Personalidad firme)..... | S. C. Kobasa |
| 3.Locus de Control | J. B. Rotter |
| 4.Autoeficacia..... | A. Bandura |

Los aspectos más relevantes compartidos por estos cuatro enfoques o constructos (Sentido de coherencia, Firmeza, Autoeficacia y Locus de control) son los siguientes:

- a) Se trata de cuatro orientaciones que se presentan como *fuerzas salutogénicas*, capaces de resolver satisfactoriamente los conflictos que las diversas situaciones de estrés plantean a las personas en el curso de sus vidas.

- b) Son conceptos centrales que *influyen en el afrontamiento* de las situaciones de estrés por las que pasan los individuos. Sin embargo, estos conceptos, dice Antonovsky (1991b), no se refieren a estrategias de afrontamiento específicas, sino más bien a comportamientos íntimamente ligados a la naturaleza de la situación estresante a la que el individuo se está enfrentando.
- c) Los conceptos centrales de estos cuatro enfoques aluden a conjuntos de *creencias generales* acerca de uno mismo y de su propio mundo, haciendo posible siempre una interpretación apropiada de las situaciones estresantes.
- d) En los cuatro enfoques, u orientaciones de la personalidad, los altos resultados expresan mayor facilidad de afrontar con éxito situaciones de estrés, contribuyendo así a la mejor salud de la gente.
- e) Además del carácter individual de estas cuatro orientaciones de la personalidad, según Antonovsky (1991a) se ha de subrayar sobre todo su carácter social o colectivo. Por ello, llega a decir: “Creo que lo que tiene sentido es hablar de alta eficacia, alta firmeza, etc., acerca de una familia o cualquier otra entidad social, más que hacerlo desde un punto de vista referido exclusivamente al individuo” (p. 69). De este modo se entiende que sea Antonovsky el más interesado de los cuatro autores en esta vertiente sociológica o colectiva, acorde con sus preocupaciones iniciales de las relaciones entre clase social, morbilidad y mortalidad.

Un interesante estudio del Sentido de coherencia en relación con el ámbito de la personalidad, para conocer su asociación con constructos considerados en teoría afines al Sentido de coherencia, como Autoeficacia y Locus de control, fue llevado a cabo en estudiantes universitarios por Smith y Meyers (1997). Al examinar las altas correlaciones entre la medida del Sentido de coherencia y otras características de personalidad, los autores sugerían que todas las variables parecían estar midiendo en esencia el mismo constructo. Se establece una relación positiva entre el Sentido de coherencia y la salud, la física y especialmente la psicológica.

Posadzki, Stockl, Musonda y Tsouroufli (2010) procurando un modelo psicológico de actitud positiva de salud como un nuevo constructo, estudiaron cuatro

variables: Sentido de coherencia, el nivel de Optimismo, la Autoeficacia y los Comportamientos de salud en 255 estudiantes universitarios, encontraron correlación entre las cuatro variables.

Kröniger-Jungaberle y Grevenstein (2013) realizaron un estudio longitudinal de 3 años (con una muestra de 16 a 19 años de edad) analizando la interrelación entre los factores de resiliencia y problemas de salud mental. Llegaron a la conclusión de que los instrumentos del Sentido de Coherencia y la Autoeficacia miden fenómenos similares. También encontraron que el Sentido de Coherencia y la Autoeficacia son a la vez muy estables a los 16 y 19 años.

El Sentido de coherencia tiene semejanzas con la teoría de resiliencia. Rutter (1987) caracteriza la resiliencia como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que facilitan una vida sana incluso en medio de un medio insano. Este proceso dinámico de resiliencia implica una interacción entre procesos de riesgo y de protección. Propuso el concepto de mecanismos protectores. Los procesos de protección consiguen modificar la respuesta ante procesos de riesgo a través de cuatro mecanismos: modificando su impacto, reduciendo las reacciones negativas como consecuencia del riesgo, consiguiendo invertir el efecto estresante y manteniendo la autoestima y la autoeficacia (Rutter, 1987).

La teoría de Antonovsky (1979, 1987) desarrollada sobre la salutogénesis para explicar cómo la gente permanece saludable, puede considerarse parte del concepto de resiliencia (Rutter, 2000; Werner, 2000; Werner y Smith, 2001). Tal como argumenta Antonovsky, la capacidad de la gente de valorar y de afrontar los agentes estresantes podría influir en su salud. Ya definimos anteriormente el Sentido de coherencia, con sus tres dimensiones Comprensibilidad, Manejabilidad y significatividad, como una orientación global que expresa el grado de confianza en que, por una parte, los estímulos de nuestra existencia están estructurados, son predecibles y también explicables; por otra parte, disponemos de los recursos necesarios, al tiempo que aceptamos como retos dignos de asumirse las demandas o exigencias de la vida.

El Sentido de coherencia puede proteger específicamente contra los efectos del estrés. También puede proteger contra el estrés de manera indirecta, precisamente por estar asociado a menudo con conductas saludables. Antonovsky cree que la gente con un alto Sentido de coherencia tiende más a menudo a considerar un estresor como un desafío y no como una amenaza.

Desde sus primeros desarrollos el Sentido de coherencia estuvo incluido en un contexto de salud psicológica, al suponer Antonovsky (1979, 1987) que las personas con alto Sentido de coherencia se enfrentaban adecuada y exitosamente a las situaciones estresantes que acontecían en el devenir de sus vidas. La salud psicológica, a su vez, implica satisfacción con la vida y bienestar psicológico subjetivo. Los investigadores que estudian la salud psicológica y el bienestar subjetivo suelen distinguir entre factores disposicionales, estables y duraderos, y factores situacionales, dependientes éstos de las distintas situaciones que toca vivir a las personas. Heller, Watson y Ilies (2004) se han referido a esa contraposición de los factores internos y externos de las personas que afectan a su satisfacción con la vida.

Liukkonen et al. (2010) investigaron si la estabilidad en el trabajo del empleo se asocia con cambios en el Sentido de coherencia y si esta asociación varía cuando se comparan los jóvenes menores de 30 años con inestabilidad de empleo y los adultos con estabilidad de empleo. El estudio longitudinal de 9623 trabajadores (con y sin estabilidad de empleo) asoció un bajo Sentido de coherencia con la inestabilidad de empleo, fue muy clara la asociación entre un bajo Sentido de coherencia y el desempleo de los jóvenes.

Taisuke y Yoshihiko (2012) estudiaron longitudinalmente a 1291 hombres y 933 mujeres en Japón. Encontraron una relación de causa-efecto en el tiempo entre el Sentido de coherencia y el ambiente psicosocial del trabajo para hombres y mujeres, con el ambiente psicosocial como la causa y el Sentido de coherencia como el efecto.

Algunos autores, preocupados por incrementar el Sentido de coherencia en beneficio de la salud pública, han estudiado aquellos factores protectores de actividad física que se afianzan en los adolescentes a través de programas de educación física.

En esta dirección, Sollerhed, Ejlertsson y Aritzsch (2005) hallaron interrelación entre las actitudes hacia la educación física y el Sentido de coherencia en adolescentes entre los 16-19 años, llegando a concluir que las pasadas experiencias de educación y actividad físicas podrían contribuir al desarrollo de superiores niveles de Sentido de coherencia. Un medio de identificación, dicen Sollerhed et al. (2005), de la conducta favorable o desfavorable para la salud entre la gente joven serían las pautas de actividad física desarrolladas, junto con sus actitudes hacia la educación física y su relación con el Sentido de coherencia. Un modo excelente de potenciar la salud de los adolescentes sería la creación de ambientes de apoyo que afectasen a los niveles de actividad física alcanzados por los adolescentes (Deforche, Van Dyck, Verloigne y De Bourdeaudhuij, 2010), una iniciativa que promovería favorablemente la salud física y psicológica de adolescentes con una Autoeficacia tanto alta como baja.

Besteiro, Álvarez, Lemos, Muñiz, Costas y Weruaga (2008) estudiaron en pacientes diagnosticados de fibromialgia la relación entre salud y las dimensiones de personalidad y el Sentido de coherencia, encontrando un nivel más bajo de Sentido de coherencia, en las dimensiones de Comprensibilidad y Significatividad, en los pacientes con fibromialgia en comparación con el grupo control, caracterizado por no presentar ninguna patología crónica.

Según Eriksson y Lindström (2006), el Sentido de coherencia ha despertado mucho interés en el ámbito de la Salud Pública y la Promoción de la Salud debido a su utilidad en la explicación del bienestar y la salud mental de las personas. El Sentido de coherencia está estrechamente relacionado con la percepción de salud, especialmente la salud mental. Cuanto más fuerte es el Sentido de coherencia, mejor será la salud percibida en general, independientemente de la edad, sexo, etnia y nacionalidad. El Sentido de coherencia parece explicar y predecir la salud, siendo un factor importante para su desarrollo y mantenimiento. El Sentido de coherencia, concluyen Eriksson y Lindström, parece ser un recurso de la Promoción de la Salud, fortalece la resiliencia y desarrolla un estado positivo de salud subjetivo (Eriksson y Lindström, 2006).

Griffiths (2009) aboga por la existencia de servicios de rehabilitación en salud mental y recuperación que se aseguren de tener objetivos rehabilitadores que

fortalezcan el Sentido de coherencia de los individuos, al tiempo que demanda más investigación para desarrollar programas de rehabilitación con la teoría del Sentido de coherencia como parte de su búsqueda fundamental.

Surtees (2003) en un estudio longitudinal del año 1996 al 2002, con 20579 participantes de entre 41 a 80 años (a partir de la Investigación Prospectiva Europea sobre Cáncer (EPIC)-Norfolk en el Reino Unido) encontraron una asociación significativa entre el Sentido de coherencia y la mortalidad. Un alto Sentido de coherencia se asoció con una reducción del 30% en la mortalidad por todas las causas ($p < 0,0001$). Fue significativo para las enfermedades cardiovasculares ($p = 0,001$) y el cáncer ($p = 0,003$), independiente de la edad, el sexo, y la enfermedad crónica prevalente. Estas asociaciones fueron consistentes por sexo, excepto para la mortalidad por cáncer en las mujeres que no se observó asociación

Haukkala, Konttinen, Lehto, Uutela, Kawachi y Laatikainen (2013) en un estudio longitudinal, con cerca de 8000 participantes, encontraron asociación entre las puntuaciones más altas del Sentido de coherencia y un menor riesgo de mortalidad por cualquier causa de muerte. La correlación entre Sentido de coherencia y síntomas de depresión fue significativa. La asociación con eventos cardiovasculares no fue significativa.

1.6 Estudio del Sentido de coherencia en adolescentes

Rivera, García Moya, Moreno y Ramos (2013) realizaron una revisión del Sentido de coherencia en la adolescencia. Afirman que el modelo salutogénico ha conducido a cambios revolucionarios en el estudio de la salud, pero que, a pesar de la gran cantidad de investigación que se ha llevado a cabo sobre la relación entre el Sentido de coherencia y la salud, se sabe relativamente poco sobre el Sentido de la coherencia en la adolescencia. La relación entre salud y Sentido de coherencia en los adultos está bien documentada, sin embargo precisamos una mayor investigación sobre el papel del Sentido de coherencia en la salud infantil y la adolescencia (Rivera et al., 2013).

Desde el trabajo de Buddeberg-Fischer, Klaghofer y Schnyder (2001) han quedado planteados varios puntos que han de tenerse en cuenta cuando se investiga la salud psicológica de los adolescentes. Estos puntos pueden concretarse del modo siguiente:

- a) Fue utilizado el Sentido de coherencia de 13 ítems (SOC-13) como instrumento de medida, en su versión alemana.
- b) Se considera al SOC-13 esencialmente como un instrumento para medir la resistencia de un individuo ante situaciones de estrés.
- c) Los individuos con puntuaciones altas en el SOC-13 son los que tienen mayor probabilidad de percibir los estresores como predecibles y explicables, tienen confianza en su capacidad de sobreponerse a los estresores y juzgan que vale la pena enfrentarse a tales retos que la vida ofrece.
- d) Las bajas puntuaciones en el SOC-13 indican una relativa ausencia de las anteriores creencias.
- e) El concepto de Sentido de coherencia tiene semejanzas con los de otras teorías, como Autoeficacia, Firmeza, Resiliencia, Locus de control y Optimismo disposicional.
- f) Como ocurre con otras características de personalidad, las creencias de los individuos, su visión del mundo y su capacidad para superar los desafíos de la vida se desarrollan desde la niñez a la adolescencia hasta la edad adulta.
- g) Los adolescentes varones puntuaban más alto que las mujeres, obteniéndose correlaciones negativas en ambos sexos entre las puntuaciones en el Sentido de coherencia de 13 ítems y otras puntuaciones de síntomas de falta de salud psicológica.
- h) Independientemente del sexo, los individuos con alta puntuación en el SOC-13 mostraron menor variabilidad en los valores del Sentido de coherencia con el paso del tiempo que los individuos con puntuaciones bajas. Las mediciones se hicieron tres veces a lo largo de 18 meses.
- i) Los individuos con pocos síntomas por falta de salud psicológica alcanzaron ya en la adolescencia niveles de Sentido de coherencia parecidos a los encontrados en los adultos, permaneciendo esos niveles relativamente estables

a lo largo del tiempo. Por ello, los resultados del estudio de Buddeberg-Fischer et al. (2001) han sugerido un cierto grado de estabilidad del Sentido de coherencia en la adolescencia media y tardía.

Antonovsky (1987) creía que el Sentido de coherencia se construía de experiencias durante la infancia y la adolescencia, suponiendo que comenzaría a ser estable al comienzo de la vida adulta y que sufriría pequeños cambios más tarde durante la vida. Pero los estudios sobre la estabilidad no han confirmado este supuesto de Antonovsky, más bien han mostrado que cambia en función de situaciones vividas por la gente, como enfrentarse a un fuerte estrés, competencias psicológicas, conductas de salud, el género, la composición de la familia, etc.

Eriksson y Lindstrom (2005) consideran que el Sentido de coherencia sufre un cierto incremento con la edad durante toda la vida. La mayor estabilidad existe en las personas con un fuerte Sentido de coherencia y en las personas mayores (Virués-Ortega, 2007).

En el estudio de Nielsen y Hansson (2007) el Alfa de Cronbach fue de .82 para los varones y de .86 para las mujeres. Estos autores encontraron asociación entre el Sentido de coherencia y el estrés con la salud. Las niñas con bajo Sentido de coherencia expuestas al estrés, mostraron peor salud. Esta diferencia desaparecía en las niñas con alto Sentido de coherencia. En los niños la diferencia no fue significativa. En dicho estudio, con el cuestionario de 13 ítems, se formaron cuatro niveles de Sentido de coherencia: un nivel inferior de <55 puntos, dos intermedios de 55-64 y 65-74, y uno superior de 75 o más puntos. Nielsen y Hansson (2007) afirman que aunque el Sentido de coherencia no está del todo desarrollado en la adolescencia al no tener los adolescentes experiencias que pertenecen sólo a adultos, no obstante el Sentido de coherencia parece ser un concepto significativo en los adolescentes.

Honkinen, Suominen, Helenius, Aromaa, Rautava, Sourander y Sillanpaa. (2008) realizaron un estudio prospectivo para estudiar la estabilidad del Sentido de coherencia en 1294 adolescentes de la edad de 15 a 18 años. Contrariamente a las suposiciones hechas en la teoría Antonovsky, encontró que el cambio medio en las

puntuaciones del Sentido de coherencia entre las edades de 15 y 18 años no fue significativo ($p = 0,788$). Concluyeron que el SOC parece estar estabilizado antes de los 15 años. Las puntuaciones de SOC de los niños en las edades de 15 y 18 años fueron significativamente mayores que los de las niñas.

Myrin y Lagerstrom (2008), encontraron diferencias de género en relación con el Sentido de coherencia. Las mujeres mostraron un resultado significativamente más bajo en Sentido de coherencia que los varones. Encontraron diferencias significativas entre un bajo Sentido de coherencia y sentimientos como depresión e insatisfacción con la vida. Concluyen que existen dominios en los que los adolescentes son más vulnerables, especialmente las mujeres, tales como la salud psicosomática y la salud mental. Un bajo Sentido de coherencia se relacionó con baja salud psicosomática y una baja autoestima.

Cordini (2005) en un estudio, en Brasil, de adolescentes de 14 a 18 años que habían tenido experiencias traumáticas y de alto estrés y que las habían sobrellevado positivamente, destaca que los que desarrollan una identidad resiliente ante las dificultades de la vida tienden a adoptar modelos de comportamiento más flexibles, de mayor adaptación a la diversidad y mayor control de sus vidas. Los datos fueron obtenidos con la versión extensa del Sentido de coherencia, la escala Sentido de coherencia-29 en idioma portugués, con los componentes cognitivo, conductual y motivacional, para interpretar los datos según la teoría general del funcionamiento psicosocial de la respuesta resiliente ante las dificultades de la vida.

Koushede y Holstein (2009) estudiaron la asociación entre el Sentido de coherencia, el dolor de cabeza y el uso de medicamentos para los dolores de cabeza en una muestra de 1393 adolescentes y encontraron que los adolescentes con bajo Sentido de coherencia usan más medicamentos para hacer frente a los dolores de cabeza que los adolescentes con alto Sentido de coherencia. La asociación fue significativa y gradual entre los estudiantes con un mínimo de dolores de cabeza semanal.

Kadriye, Bermek y Uysal (2012) examinaron en 566 estudiantes de odontología de la Universidad de Estambul, las asociaciones entre Recursos Generales d Resistencia (características sociodemográficas, el apoyo social, el estrés, las prácticas de salud y autopercepción de salud) y un fuerte Sentido de coherencia. Los estudiantes con un alto Sentido de coherencia reportaron niveles de estrés más bajos, niveles de apoyo social más altos, mejor autopercepción de salud, se cepillaban los dientes con mayor frecuencia, consumían menos azúcar en las comidas y fumaban menos que los estudiantes con bajo Sentido de coherencia.

El estudio interdisciplinar *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), es una alianza internacional de investigadores que analiza los estilos de vida de los adolescentes y sus comportamientos relacionados con la salud en diferentes contextos. Desde su inicio en 1982 con Finlandia, Inglaterra y Noruega, se realiza una edición del estudio cada cuatro años. Actualmente son estudiados adolescentes y jóvenes de 44 países de Europa y América del Norte. Portugal fue integrado en 1996 y es miembro asociado desde 1998. España se incorpora a este proyecto en el año 1985 y ha participado en todas las ediciones del estudio, excepto en la inicial y la de 1997-98. En la edición de 2010, participaron más de 40 países europeos y de América del Norte, que recogieron datos de sus adolescentes escolarizados de 11, 13 y 15 años de edad. El equipo español del estudio HBSC, dirigido por la Doctora Carmen Moreno, optó por añadir el grupo etario de los 17 años, por lo que abarca adolescentes entre los 11 y los 18 años a nivel nacional. Este equipo apostó por incluir el Sentido de Coherencia al cuestionario de la edición de 2010 en la que participaron una muestra representativa de 11230 adolescentes matriculados en 135 centros educativos de España. García Moya (2014) toma datos de esta edición para su tesis doctoral, analizando el estudio del Sentido de coherencia en relación con diversos indicadores de salud y las contribuciones de la familia, escuela, iguales y vecindario a su desarrollo. (García Moya, 2014).

Coutinho y Heimer (2014) realizaron una revisión sobre el Sentido de Coherencia en los adolescentes, con intervalo de 10 años, y verificaron que los adolescentes con un bajo Sentido de coherencia presentan mayor tendencia a la

depresión, ansiedad y problemas psicosomáticos. Los adolescentes con un alto Sentido de Coherencia presentaron mejor calidad de vida. Varios estudios mostraron que un fuerte Sentido de Coherencia estaba asociado a diferentes comportamientos de salud, como mejor higiene oral, uso consciente de medicamentos, menor consumo de tabaco y alcohol y mayor actividad física. Otros estudios mostraban el papel protector del Sentido de coherencia al reducir el impacto causado por situaciones adversas, como una enfermedad o incluso la guerra.

Es importante conocer los factores que refuerzan un alto Sentido de coherencia por ser un recurso individual de enfrentamiento ante situaciones adversas y para crear condiciones y desarrollar programas que promuevan la Salud de los adolescentes.

Capítulo 2. El modelo de los Cinco Factores (*Big Five*) de la personalidad

2.1. Antecedentes del Modelo de los Cinco Factores

El término personalidad proviene del latín medieval *personalitas*. En el latín clásico sólo se usaba el término persona que significa “máscara”, y que, además del aspecto externo, también se refería al actor que la máscara ocultaba, es decir, al verdadero conjunto de sus cualidades internas y personales (Allport, 1961).

La psicología de los rasgos tiene un papel importante en la investigación sobre la personalidad. La dificultad radica en que una taxonomía adecuada de la personalidad debería incluir todos los rasgos propuestos por las diferentes teorías de la personalidad.

A lo largo de la historia, la tipología básica más difundida y apoyada científicamente para explicar y describir la personalidad como un conjunto de características, fue la doctrina de los cuatro temperamentos: sanguíneo, colérico, melancólico y flemático, caracterizados, respectivamente, por un rasgo predominante: optimismo, ira, tristeza y apatía. Esta doctrina, consolidada por Hipócrates y extendida por Galeno al mundo romano, dominó el pensamiento occidental desde el siglo II al XVII. Fue promovida por Kant a finales del siglo XVIII y por Wundt a finales del XIX. Sin embargo, era una perspectiva tipológica y no dimensional como las teorías más recientes sobre los rasgos.

Los rasgos o disposiciones son un conjunto de componentes para describir diferencias individuales. Aunque el léxico y el uso del diccionario había sido recomendado anteriormente, fue a partir de la obra de Galton, *Inquiry into human faculties and its development*, cuando adquieren un papel importante en la psicología (Galton, 1883). En 1884 escribió un artículo sobre la medición del carácter (Galton, 1884).

Allport y Odbert (1936) fueron los primeros que realizaron un estudio psicoléxico completo, seleccionando 17953 términos. Norman (1963) elaboró el trabajo de Allport y Odbert añadiendo 171 términos a la lista. Excluyó términos

oscuros, evaluativos y características físicas e incluyó rasgos, estados internos, roles sociales y afectos. Pero fue crítico sobre las dimensiones porque derivaban del lenguaje.

Cattell (1943) seleccionó 35 escalas de la lista de Allport y Odbert. El análisis factorial de las escalas produjo 12 factores. Para completarlo añadió 4 factores quedando los 16 Factores de Personalidad (16PF de Castell).

Fiske (1949) utilizando el análisis factorial en 22 escalas de Cattell obtuvo cinco factores. En los años sesenta existió una línea de trabajo en este sentido que pasó desapercibida.

El resurgimiento contemporáneo se debe a Goldberg (1981) quien propuso que "cualquier modelo para estructurar las diferencias individuales tendrá que recoger, a algún nivel, algo parecido a estas "Cinco Grandes" dimensiones. Utiliza el término "Cinco Grandes" (*Big Five*) para indicar que cada una de las cinco dimensiones engloba rasgos más específicos.

El Modelo de los Cinco Factores es una representación de la estructura de la personalidad en términos de cinco dimensiones básicas (los "Cinco Grandes Factores", originalmente: *Big Five*). El Modelo de los Cinco Factores se ha convertido en una alternativa sólida en la búsqueda de la "estructura básica de la personalidad". El nombre de cada uno de los cinco factores sufrió ligeras diferencias a lo largo de esta historia, desde Galton a Goldberg.

Jhon en 1990 revisó y comparó el Modelo de los Cinco Factores con otros constructos de personalidad. Categorizó las dimensiones, los componentes y los factores de 13 teóricos (Bales, Block, Buss y Plomin, Nolle, Gough, Guilford, Hogan, Jackson, Myers-Briggs, Tellegen y Wiggins) en las cinco grandes dimensiones del Modelo. Conceptualmente concluye que "las cinco grandes dimensiones captan, a nivel amplio de abstracción, los aspectos comunes a la mayoría de los sistemas de descripción existentes" y que "la mayoría de las escalas de personalidad pueden interpretarse en el contexto de estas cinco dimensiones" (Jhon, 1990).

2.2. Los Cinco Grandes de la estructura de la personalidad, según Costa y McCrae

Aunque el siglo XX se caracterizó por la dificultad de llegar a un acuerdo sobre la estructura de la personalidad ante las diferentes teorías y estudios, a partir de los años 80, la comunidad científica parece llegar al consenso de que el Modelo de los Cinco Factores (*Five Factor Model*, conocido en inglés por las siglas FFM) representa la estructura básica de los rasgos de personalidad (Digman, 1990; McCrae y Costa, 1990; McCrae y Jhon, 1992).

El Modelo de los Cinco Factores es corroborado por los estudios factoriales y el desarrollo de diversos cuestionarios para evaluar las cinco grandes dimensiones de personalidad. Los diferentes investigadores continúan sin ponerse de acuerdo para denominar los 5 grandes factores, especialmente cuando se traducen a diferentes idiomas.

Costa y McCrae (1985), tomando como punto de partida los 16 Factores (16PF) de Cattell, construyeron un cuestionario de 180 ítems que mide, específicamente, esos cinco factores: el "Inventario de Personalidad NEO" (*NEO Personality Inventory*; NEO-PI).

El NEO-PI-R (versión revisada: del NEO-PI) es la operacionalización del Modelo de los Cinco Factores más difundida y aceptada. Consta de 240 ítems que miden los Cinco Factores con seis facetas o subescalas cada uno (Costa y McCrae, 1992). Estos investigadores han venido estudiando, sobre todo durante la última década, esta organización jerárquica de rasgos de la personalidad, este modelo, en términos de cinco dimensiones básicas: Extraversión (E de *Extraversion*), Amabilidad (A de *Agreeableness*), Responsabilidad (C de *Conscientiousness*), Neuroticismo (N de *Neuroticism*) y Apertura a la experiencia (O de *Openness to Experience*). Cada factor o dimensión se compone de seis Facetas, y cada faceta se compone de 8 ítems.

Los Cinco Factores, o Cinco Grandes (*Big Five*), se conocen por la letra inicial en inglés (Costa y McCrae, 1992). En castellano, por tanto, tenemos: NEUROTICISMO (N), EXTRAVERSIÓN (E), APERTURA A LA EXPERIENCIA (O), AMABILIDAD (A) y

RESPONSABILIDAD (C). Las letras de cada uno de los Cinco Factores, seguidas de un número del 1 al 6, sirven para indicar de forma abreviada las 30 facetas correspondientes (por ejemplo N1 corresponde a la faceta Ansiedad del factor Neuroticismo –ver Tabla 12-).

Para McCrae y Costa las Cinco Dimensiones y sus respectivos rasgos de personalidad son suficientes para abarcar las diferencias interpersonales al nivel de la personalidad.

Para McCrae y Costa (1987), los rasgos de la personalidad se entienden como tendencias básicas que, a su vez, son el núcleo de la personalidad.

Las tendencias básicas se refieren a las potencialidades de la persona, generalmente inferidas, que definen la dirección y el potencial a lo largo de su vida. Una parte de ellas son heredadas y otra parte son el resultado de la interacción entre la herencia, la experiencia y el contexto cultural. Las tendencias básicas, que forman el núcleo de la personalidad, se concretan en las adaptaciones características, que son signos de los rasgos subyacentes, aunque conceptualmente ocupan un nivel diferente.

Ésta es la razón por la que los inventarios de personalidad NEO-PI de estos autores, y sus versiones incluyendo el NEO-FFI, preguntan sobre adaptaciones características, expresadas en actitudes, relaciones, habilidades o preferencias concretas, las cuales permiten hacer inferencias sobre las tendencias básicas. Esto es, las actitudes y preferencias son signos de los rasgos subyacentes, es decir, de las tendencias básicas. McCrae y Costa (1996) distinguen seis elementos sobre la estructura de la personalidad: tendencias básicas, adaptaciones características, biografía objetiva, auto-concepto, influencias externas y procesos dinámicos. Para ampliación, remitimos a Durá (1994) y al trabajo de Sanz, Silva y Avia (1999).

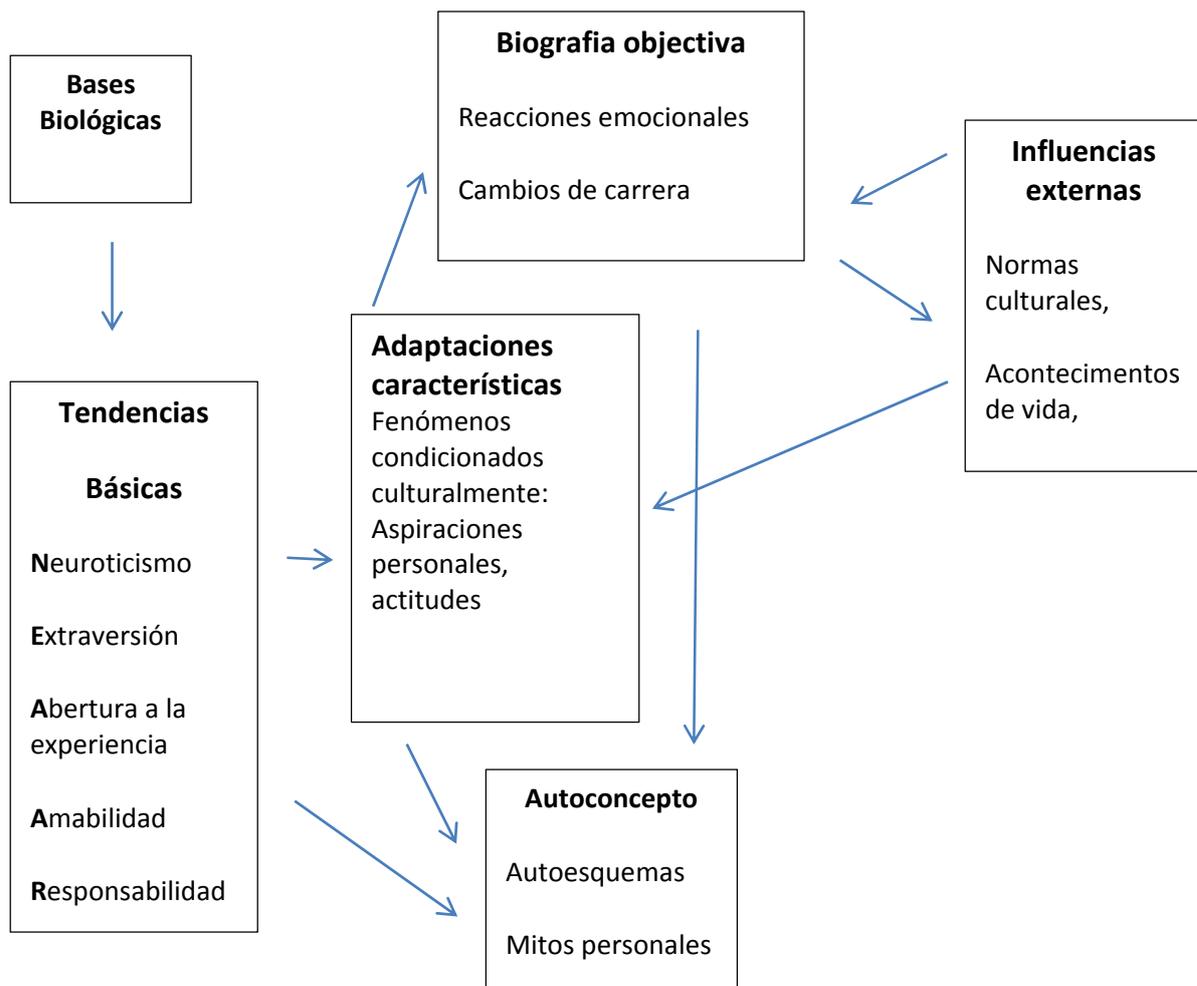


Figura 1. Las categorías de las variables incluidas en el metamodelo de la personalidad de McCrae y Costa (1996, p.29)

Todas las flechas de la figura 1 indican procesos dinámicos.

La selección de este modelo de McCrae y Costa (1996) fue debido al hecho de ser éste, aunque polémico, una buena base para la comunicación, un encuadramiento en el que los diferentes puntos de vista de la definición de personalidad pueden ser integrados y comparados, permitiéndonos admitir que la personalidad a este nivel puede mudar, pero a aquel posiblemente. Los elementos o categorías considerados son la “materia bruta” de gran parte de las teorías de personalidad.

Las tendencias básicas (McCrae y Costa, 1996) se refieren a las capacidades y disposiciones más fundamentales y, por lo tanto, son más inferidas que observadas. Éstas, pudiendo ser heredadas o tener origen en las primeras experiencias, constituyen la orientación y el potencial básico del individuo en cualquier período de su vida. Son el

equivalente a lo que Rogers entiende por “organismo” y que muchos autores refieren como el núcleo de la personalidad.

Las manifestaciones concretas de las tendencias básicas son las adaptaciones características, las competencias, hábitos y actitudes, que resultan de la interacción del individuo con su entorno y que explican cómo las dimensiones universales de la personalidad pueden expresarse en una gran diversidad de culturas.

Una de las adaptaciones características que, por su importancia, merece un tratamiento distinto, es el auto-concepto. Se refiere a los conocimientos, perspectivas y evaluaciones relativas al propio yo, cuya influencia en la dinámica de la personalidad fue fuertemente enfatizada por varios autores, entre los cuales destaca Rogers.

La categoría “biografía objetiva” está compuesta por todos los sentimientos, pensamientos y acciones de un individuo, desde el principio hasta el final de su vida: sus comportamientos, así como sus sueños, sus sentimientos de miedo o de alegría más íntimos. Para muchos, el contenido de esta categoría corresponde a las variables, efectos que la psicología de la personalidad intenta predecir.

Por último, las influencias externas o ambiente psicológico, incluyen las influencias del desarrollo y las circunstancias actuales, tanto a nivel general como específico.

2.3. Prototipos y polos de los Cinco Factores de Personalidad.

Aunque el NEO-PI-R fue desarrollado para la evaluación de la personalidad en adultos, ya en el manual, Costa y McCrae (1992, p. 36) sugieren la posibilidad de su utilización en adolescentes y animan a investigar sus cualidades en poblaciones jóvenes. En posteriores trabajos, estos autores han insistido en su demanda (Costa y McCrae, 1997)

Según la siguiente tabla, al polo de Inestabilidad emocional N+ se opone el polo de N- (Estabilidad emocional), al de Extraversión E+ se opone el de E- (Introversión); igualmente al polo de Apertura O+ se opone el de O- (Cerrazón a la experiencia), al de

Amabilidad A+ se opone el de A- (Antagonismo), y, por último, al polo de Responsabilidad C+ se opone C- (Falta de responsabilidad). También se puede ver en la tabla 2. cómo a cada factor o dimensión le corresponden 6 facetas o rasgos específicos.

Sin embargo, no podemos olvidar que las dimensiones son continuas ya que las personas se pueden clasificar, según el grado en que presentan los rasgos. Así, cuanto mayor sea la puntuación de un rasgo, mayor la tendencia del sujeto a mostrar el comportamiento para el cual tiene disposición.

Tabla 2. (N-E-O-A-C) El Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae, con su definición, prototipos, características de los polos y facetas, a partir de Sanz, Silva y Avia (1999)

| (N) NEUROTICISMO | | | | |
|---|---|--------------------|---|---|
| Factor o dimensión | Definición | Prototipo | Características de los Polos de los Factores | Facetas o Rasgos Específicos |
| Neuroticismo (Estabilidad Emocional) | Tendencia a experimentar emociones negativas y pensamientos irracionales, y poca capacidad para controlar impulsos y situaciones de estrés. | Paciente neurótico | N+: Nervioso preocupado, aprehensivo, inestable, sensible, emocional, inseguro, hipocondríaco, tenso, miedoso, triste, vulnerable. N-: Calmado, relajado, estable, seguro, auto-controlado, fuerte, equilibrado. | N1. Ansiedad N2. Hostilidad N3. Depresión N4. Ansiedad social N5. Impulsividad N6. Vulnerabilidad |
| (E) EXTRAVERSIÓN | | | | |
| Factor o dimensión | Definición | Prototipo | Características de los Polos de los Factores | Facetas o Rasgos Específicos |
| Extraversión (Introversión) | Cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales, nivel de actividad, necesidad de estimulación y capacidad para la alegría. | Vendedor | E+: Sociable, activo, hablador, optimista, amante de la diversión, afectuoso, divertido. E-: Reservado, distante, sobrio, frío, independiente, callado, solitario. | E1. Cordialidad E2. Gregarismo E3. Asertividad E4. Actividad E5. Búsqueda de emociones E6. Emociones positivas |

(O) APERTURA A LA EXPERIENCIA

| Factor o dimensión | Definición | Prototipo | Características de los Polos de los Factores | Facetas o Rasgos Específicos |
|--|--|-----------|---|--|
| Apertura a la experiencia (Cerrazón a la Experiencia) | Amplitud, profundidad y permeabilidad de la conciencia, y motivación activa por ampliar y examinar la experiencia. | Artista | O+: Curioso, creativo, original, imaginativo, de intereses amplios, liberal, de mentalidad abierta. O-: Convencional, conservador, dogmático, rígido, tradicional, práctico, insensible, prosaico. | O1. Fantasía O2. Estética O3. Valores O4. Sentimientos O5. Acciones O6. Ideas |

(A) AMABILIDAD

| Factor o dimensión | Definición | Prototipo | Características de los Polos de los Factores | Facetas o Rasgos Específicos |
|-----------------------------|--|-----------|--|---|
| Amabilidad (Antagonismo) | Calidad de las interacciones que una persona prefiere en un continuo que va desde la compasión al antagonismo. | Misionero | A+: Bondadoso, compasivo, afable, confiado, servicial, atento, misericordioso, altruista, cooperativo, sensible, empático. A-: Cínico, rudo, agresivo, suspicaz, competitivo, irritable, manipulativo, vengativo, despiadado, egoísta, crítico. | A1. Confianza A2. Franqueza A3. Altruismo A4. Actitud conciliadora A5. Modestia A6. Sensibilidad a los demás |

(C) RESPONSABILIDAD

| Factor o dimensión | Definición | Prototipo | Características de los Polos de los Factores | Facetas o Rasgos Específicos |
|---|--|-----------|--|---|
| Responsabilidad (Falta de Responsabilidad) | Grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a metas. | Militar | C+: Organizado, fiable, trabajador, auto-controlado, cuidadoso, puntual, formal, escrupuloso, ambicioso, tenaz, perseverante, cauto, meticuloso. C-: Poco fiable, informal, vago, descuidado, abúlico, negligente, hedonista, sin objetivos, voluble, laxo. | C1. Competencia C2. Orden C3. Sentido del deber C4. Necesidad de logro C5. Autodisciplina C6. Deliberación |

2.4. Los factores y sus facetas

Las facetas que pertenecen a cada uno de los factores aparecen a continuación, con letra-número y nombre de cada faceta (Costa y McCrae, 1999). Los cinco factores

comprenden seis facetas cada uno, según se expone a continuación siguiendo a Costa y McCrae (1992, 1999).

2.4.1. El Neuroticismo (N) y sus facetas

En este factor se contraponen el ajuste y la estabilidad emocional al desajuste emocional o Neuroticismo. La tendencia general a experimentar sentimientos negativos (como miedo, melancolía, vergüenza, ira, culpabilidad y repugnancia) está en el núcleo del factor Neuroticismo. Las puntuaciones altas en este factor indican que los sujetos que así puntúan son más propensos a tener ideas menos racionales, son menos capaces que los demás de controlar sus impulsos y de enfrentarse al estrés.

Las seis facetas de Neuroticismo (N)

N1: Ansiedad. La persona ansiosa es aprensiva, temerosa, premiosa, nerviosa, tensa y voluble. La escala no mide miedos o fobias específicos, pero quien puntúa alto, probablemente tiene más miedos y mayor grado de ansiedad flotante. Quien puntúa bajo, está tranquilo y relajado, no piensa que las cosas puedan ir mal.

N2: Hostilidad. La hostilidad indica tendencia a experimentar ira y estados relacionados con ella, como frustración y rencor. Esta escala mide la propensión del sujeto a experimentar ira si bien la expresión de la misma depende de su nivel de Amabilidad.

N3: Depresión. Esta escala mide las normales diferencias individuales de los sujetos en la tendencia a experimentar afectos depresivos. El que puntúa alto suele experimentar sentimientos de culpa, melancolía, desesperanza y soledad. Se desanima fácilmente y se muestra a menudo abatido. Quien obtiene bajas puntuaciones raras veces experimenta estas emociones, pero no es necesariamente jovial y alegre, características asociadas más bien con la Extraversión.

N4: Ansiedad social. Las emociones de vergüenza y turbación constituyen el núcleo de esta faceta de Neuroticismo. La persona socialmente ansiosa se siente incómoda con los demás, es sensible al ridículo y propensa a sentimientos de

inferioridad. Esta característica se asemeja a la timidez y ansiedad pública (pero no a la privada). El que puntúa bajo no posee necesariamente desenvoltura y buenas habilidades sociales; simplemente le preocupa menos la falta de soltura en estas situaciones.

N5: Impulsividad. Esta faceta, en el NEO-PI-R, alude a la incapacidad de controlar los apetitos y arrebatos. Los deseos se perciben de una manera tan intensa que el sujeto no puede resistirse a ellos, aunque más adelante se lamenta de ese comportamiento. Quien puntúa bajo encuentra mucho más fácil dominar esas tentaciones y tiene una alta tolerancia a la frustración. El término *impulsivo*, utilizado por un gran número de teóricos para referirse a muchos e independientes rasgos, no debería confundirse con espontaneidad, aceptación de riesgos o tiempo rápido de decisión.

N6: Vulnerabilidad. Es la vulnerabilidad al estrés. Quien obtiene puntuación alta en esta escala se siente incapaz de luchar contra el estrés, convirtiéndose en dependiente, desesperanzado o aterrorizado cuando se enfrenta a situaciones de emergencia. El que puntúa bajo se considera a sí mismo capaz de desenvolverse en situaciones difíciles.

2.4.2. La Extraversión (E) y sus facetas

Las personas con Extraversión son sociables, siendo la sociabilidad sólo uno de los rasgos del factor, como se muestra en la serie de facetas que el factor Extraversión abarca. “Además de su vinculación con la gente y la preferencia por grupos y reuniones, los Extraversión también son asertivos, activos y habladores. Les gusta la excitación y la estimulación y tienden a ser de carácter alegre. Son animosos, enérgicos y optimistas. Los vendedores representan en nuestra cultura el prototipo de extravertido” (p. 24 del Manual).

Las seis facetas de Extraversión (E)

E1: Cordialidad. Es la faceta de Extraversión más relevante en los aspectos de intimidad interpersonal. La persona cordial es afectuosa y amistosa. Realmente le

gusta la gente y establece fácilmente relaciones con otros. Quienes tienen puntuaciones bajas no son ni hostiles ni necesariamente carecen de compasión, pero son más formalistas, reservados y de modales distantes que los que puntúan alto. Cordialidad es la faceta de E más próxima a Amabilidad en el ámbito interpersonal, pero se distingue por la afectuosidad y franqueza que no forman parte de Extraversión.

E2: Gregarismo. Se refiere a la preferencia por la compañía de los demás. Quien puntúa alto en E2 disfruta reuniéndose y divirtiéndose con otros, mientras que quien puntúa bajo suele ser solitario por no buscar e incluso rechazar los estímulos sociales.

E3: Asertividad. Puntuar alto en esta escala significa ser dominante, ser animoso y destacar socialmente. El asertivo habla sin titubeos y a menudo se convierte en líder del grupo, al contrario del que puntúa bajo, ya que éste prefiere permanecer en la sombra y dejar hablar a los otros.

E4: Actividad. El sujeto con alta actividad necesita estar siempre ocupado, mostrando rapidez y energía. La gente activa lleva una vida agitada. En sentido contrario, la baja actividad no equivale a indolencia o pereza, más bien caracteriza a gente más tranquila y relajada.

E5: Búsqueda de emociones. Significa el ansia de excitación y de estimulación, como puede ser la marcada preferencia por los colores vivos y los ambientes ruidosos. Para quienes puntúan bajo, es escasa la necesidad de ese tipo de sensaciones y emociones.

E6: Emociones positivas. Se evalúa con esta escala la tendencia a experimentar emociones positivas, como pueden ser la alegría, la felicidad, el amor y el entusiasmo. La faceta de las emociones positivas, entre las que también se halla el optimismo, resulta importante en la predicción de la felicidad según los autores del NEO PI-R.

Las personas con una alta Apertura a la experiencia tienen una mayor satisfacción con la vida (Silvia, 2009, Stephan, 2009) y se asocia a una mejor regulación del estrés (Williams, 2009)

2.4.3. La Apertura a la experiencia (O) y sus facetas

Las personas abiertas están interesadas tanto por el mundo exterior como por el interior, logrando que sus vidas se enriquezcan con la experiencia. Ello es así porque desean tener en cuenta nuevas ideas y valores no convencionales. Estas personas experimentan, más profundamente que las personas que se cierran a la experiencia, tanto las emociones positivas como las negativas. Las personas que puntúan bajo en Apertura a la experiencia tienden a ser convencionales en sus comportamientos y de apariencia conservadora: prefieren lo familiar a lo novedoso y sus respuestas emocionales son más bien apagadas. Estas personas no tienen que ser autoritarias, aunque sí tiendan a ser social y políticamente conservadoras.

Aunque en otras formulaciones diferentes del modelo de los 5 factores suelen llamar *intelecto* a un factor como éste, las puntuaciones en Apertura a la experiencia tienen una asociación moderada con el nivel de educación y medidas de inteligencia. Que se asocie la Apertura a la experiencia con la creatividad (o pensamiento divergente) no quiere decir de ningún modo que Apertura sea equivalente a inteligencia. “Algunas personas muy inteligentes son cerradas a la experiencia y otras muy abiertas poseen escasa capacidad intelectual” (p. 25 del Manual).

Las seis facetas de Apertura (O)

O1: Fantasía. Quien desarrolla una alta fantasía tiene mucha imaginación que considera útil para acceder a un interesante y creativo mundo interior. Tales ensoñaciones no son sólo una forma de evasión.

O2: Estética. Significa atractivo por el arte sin necesidad de poseer talento estético particular. Se refiere al alto aprecio por el arte y la belleza, al contrario de quienes puntúan bajo por ser relativamente insensibles y sin interés por el arte en general.

O3: Sentimientos. Las puntuaciones altas son de quienes experimentan de manera más diferenciada sus propios estados emocionales y sienten con mayor intensidad que los demás tanto la felicidad como la desgracia. Las puntuaciones bajas

indican que esos sujetos conceden una importancia menor en su vida a las emociones y la afectividad.

O4: Acciones. Puntuar alto significa la preferencia por la novedad y la variedad frente a la familiaridad y la rutina, como puede ser visitar lugares nuevos o comer alimentos poco acostumbrados.

O5: Ideas. Alude a la curiosidad intelectual que enfrenta a los sujetos con el deseo de considerar ideas nuevas y menos convencionales. Esto no significa que quienes puntúan alto posean necesariamente una inteligencia más elevada, sino que disfrutaban con incursiones en debates filosóficos y en problemas con salidas originales e ingeniosas.

O6: Valores. Apertura a los valores indica disposición para cuestionar los valores sociales, políticos y religiosos. Se opone al dogmatismo y a conformarse a la tradición por una fuerte tendencia a aceptar la autoridad. En definitiva, este tipo de Apertura se opone al conservadurismo a ultranza.

2.4.4. La Amabilidad (A) y sus facetas

Es ante todo una dimensión de las tendencias en las relaciones interpersonales. Al igual que en la dimensión Extraversión, quien es amable es fundamentalmente altruista, simpatiza con los demás y está dispuesto a ayudarles, lo que le hace pensar que los demás sienten igualmente satisfacción al hacer lo mismo. En sentido contrario, las personas no amables o desagradables son antipáticas y egocéntricas, mostrándose suspicaces respecto a las intenciones de los demás; son personas más que colaboradoras, opositoras.

Ninguno de los polos es en sí mejor que el otro desde el punto de vista social (aunque, eso sí, las personas amables son más populares que las antipáticas que van a lo suyo), y ambos polos de la dimensión tienen ventajas a la hora de defender sus propios intereses.

Las seis facetas de Amabilidad (A)

A1: Confianza. Las altas puntuaciones son de quienes tienden a creer que los demás son honestos y bien intencionados. Por el contrario, puntúan bajo quienes tienden a ser cínicos y escépticos, por pensar que los demás son peligrosos y poco honrados.

A2: Franqueza. Las puntuaciones altas indican que esas personas son francas, sinceras e ingenuas. Quien puntúa bajo en esta escala desea más bien manipular a los demás mediante el halago, la astucia o el engaño, ya que considera estas tácticas como habilidades sociales necesarias y puede juzgar de cándidas a las personas más sinceras.

A3: Altruismo. Puntuar alto en esta escala significa preocuparse activamente por el bienestar de los demás, mostrando disposición a prestar ayuda a los que la necesitan. Las puntuaciones bajas reflejan mayor preocupación por uno mismo, sin intención de implicarse en los problemas de los demás.

A4: Actitud conciliadora. Se refiere a las reacciones características ante los conflictos interpersonales. Las puntuaciones altas indican la tendencia a ser condescendiente con los demás, a no mostrar agresividad, a olvidar y perdonar. La gente conciliadora es apacible y benigna, al contrario de la gente agresiva y poco cooperativa en la solución de los problemas interpersonales.

A5: Modestia. Puntuar alto en modestia indica que se trata de gente humilde que trata de pasar desapercibida, aunque no necesariamente carezca de autoestima. Las bajas puntuaciones son de quienes se creen superiores a los demás, aunque éstos los vean como engreídos y arrogantes. El narcisismo conlleva una carencia patológica de modestia.

A6: Sensibilidad a los demás. Esta escala mide las actitudes de simpatía y preocupación por los demás. Puntuar alto significa que a uno le afectan las necesidades ajenas, concediendo mayor importancia a los aspectos humanos de las normas sociales que a las propias normas racionalmente consideradas. Se enfrentan en esta escala los de mayor compasión a quienes se sienten menos inclinados a ella.

2.4.5. La Responsabilidad (C) y sus facetas

Existe un doble sentido para referirse al *autocontrol*. El control de impulsos es considerado un rasgo por varias teorías de la personalidad, en especial las psicoanalíticas (o psicodinámicas), obteniendo de adultos una alta puntuación en Neuroticismo quienes no han llegado a controlar sus deseos según las exigencias del medio, por lo que son menos capaces que los demás de controlar sus impulsos y de enfrentarse al estrés. En este sentido es la escala Neuroticismo la que mide la especial debilidad del yo, o su falta de control.

Pero existe otra concepción del autocontrol, en la cual es central el proceso activo de planificación, de organización y de realización de las tareas. Las diferencias individuales en esta tendencia, la de responsabilidad así entendida, son las que cabe esperar que vengan expresadas en las puntuaciones, altas o bajas, en este factor Responsabilidad. Para algunos autores este factor se llama *voluntad de logro*, ya que se trata de sujetos voluntariosos, tenaces y decididos.

La responsabilidad de este factor es un *aspecto del carácter*, y en tal sentido quienes puntúan alto en Responsabilidad son escrupulosos, puntuales y fiables. Los bajos en Responsabilidad no necesariamente carecen de principios morales; lo que ocurre es que son menos cuidadosos en la lucha por sus objetivos y parecen menos rigurosos en aplicar los principios morales que sí poseen.

Las seis facetas de Responsabilidad (C)

C1: Competencia. Alude a la preparación que las personas creen tener para enfrentarse a la vida, siendo conocedoras de la propia capacidad, sensibilidad, prudencia y eficacia. Esta escala obtiene las más altas correlaciones, entre las seis facetas de Responsabilidad, con Autoestima y Locus de control.

C2: Orden. Se refiere a la buena organización y limpieza en lo que las personas hacen, pudiendo llegar por exceso al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Las puntuaciones bajas en esta escala pertenecen a las personas desordenadas, que no guardan sus cosas en los lugares adecuados.

C3: Sentido del deber. Obtienen puntuaciones altas quienes se rigen estrictamente por principios éticos en el cumplimiento de sus obligaciones. Las puntuaciones bajas indican descuido en la moralidad de las acciones, pudiendo ser a veces poco o nada fiables tales personas.

C4: Necesidad de logro. Puntúan alto en esta escala quienes poseen altos niveles de aspiración, metas claras en la vida y un esfuerzo continuado para conseguir los objetivos propuestos. El exceso en esta faceta, por puntuaciones muy altas, puede indicar que existe adicción al trabajo. Por defecto, se carece de ambiciones y se pueden conformar estas personas con su bajo rendimiento.

C5: Autodisciplina. Indica la capacidad de motivarse a sí mismo para conseguir terminar las tareas emprendidas, a pesar de inconvenientes y obstáculos. El que puntúa bajo en esta faceta es incapaz de esforzarse en hacer lo que le gustaría hacer, porque necesita más motivación de la que tiene.

C6: Deliberación. Se refiere a la tendencia a pensar muy bien las cosas antes de actuar. Puntúa alto quien es reflexivo y prudente, mientras que puntúa bajo la persona que actúa con precipitación y, en ocasiones, sin medir las consecuencias.

2.5. Los 5 factores y su relación con otros modelos de la personalidad

Los psicólogos necesitan desarrollar modelos como el de los Cinco Factores para incorporar información recogida en la evaluación, que sea útil en el proceso del tratamiento (Butcher y Rouse, 1996). Según estos autores, existe duda de que el modelo NEO y su medida con el NEO-PI-R aporte suficiente información específica para las necesidades de las aplicaciones clínicas. Ha sido como respuesta a esta crítica la división de los Cinco Grandes dominios de exploración en seis subfactores o facetas; todo ello, en un esfuerzo por aportar el nivel específico de información a los clínicos (Costa y McCrae, 1995). No obstante, tal vez por actuar los clínicos apremiados por el tiempo excesivo de la evaluación de los 260 ítems del NEO-PI-R, se han venido considerando globalmente las grandes dimensiones o Factores, incluso abreviándolos, como vemos que se hace con el NEO-FFI.

Los 5 factores se denominan a veces de forma diferente por los autores de otros modelos, tal como puede verse a continuación en el resumen que aparece en la tabla 3.

Tabla 3. Las cinco dimensiones más robustas de la personalidad, según los autores más representativos desde los años 60 (Tabla modificada a partir de Digman, 1990 y Strelau, 1998)

| Autores | Dimensión 1 | Dimensión 2 | Dimensión 3 | Dimensión 4 | Dimensión 5 |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| Fiske (1949) | Adaptabilidad social | Conformidad | Deseo de logro | Control emocional | Intelecto de búsqueda |
| Cattell (1957) | Exvia | Cortesía | Fuerza super-ego | Ansiedad | Inteligencia |
| Tupes y Christal (1961) | Surgencia | Amabilidad | Dependencia | Emocionalidad | Cultura |
| Norman (1963) | Surgencia | Amabilidad | Responsabilidad | Estabilidad emocional | Cultura |
| H. J. Eysenck (1970) | Extraversión | Psicoticismo | | Neuroticismo | |
| Costa y McCrae (1985) | Extraversión | Amabilidad | Responsabilidad | Neuroticismo | Apertura |
| Tellegen (1988) | Emocionalidad positiva | | Control o Restricción | Emocionalidad negativa | |
| Hogan (1986) | Sociabilidad y ambición | Amabilidad | Prudencia | Ajuste | Intelectancia |
| Peabody y Goldberg (1989) | Poder | Amor | Trabajo | Afecto | Intelecto |
| Digman (1990) | Extraversión | Complacencia amigable | Deseo de logro | Neuroticismo | Intelecto |

Concretamente, el modelo de Eysenck comprende tres factores o dimensiones. Se corresponden muy bien y son coincidentes con los factores del NEO el Neuroticismo y la Extraversión, pero el Psicoticismo incluiría, según ha dicho Eysenck en diversas ocasiones, Amabilidad y Responsabilidad como facetas del mismo factor Psicoticismo (ver Abella, 2008), quedando algo más distante de su modelo Apertura a la experiencia. De este factor del NEO hablamos en el punto siguiente.

McAdams (2001), al definir el dominio, propone tres niveles de análisis de la personalidad con los títulos generales de: a) los rasgos disposicionales, b) las preocupaciones personales y c) las historias de vida. Dependiendo del nivel de la personalidad que consideramos, podríamos o no, observar cambios en la personalidad. El primer nivel está compuesto por los rasgos que son, según el autor, relativamente no condicionales, descontextualizadas, generalmente lineares e, implícitamente, comparativas. Es un nivel muy importante en el cual se puede encontrar una evidencia impresionante para la estabilidad de la personalidad. La lectura de la personalidad, hecha por el modelo de los cinco factores, se ajusta a este nivel. Para McAdams (1994,

p.303) “los Cinco Grandes representan las contribuciones más generales y completas — sencillas, comparativas, y prácticamente sin condiciones — que podríamos querer hacer, cuando no sabemos prácticamente nada más sobre la persona; es decir, cuando nos enfrentamos a un extraño”.

El segundo nivel tiene que ver con los planes, objetivos, estrategias, defensas, proyectos, tácticas e inversiones personales. Es decir, variables motivacionales, de desarrollo o estratégicas.

El nivel tres se refiere a la formación de la identidad, mientras que “procura una historia de desarrollo”, es decir, intenta encontrar la unidad y el objetivo en la vida. McAdams (1994, p. 306) defiende que “si el nivel I enfatiza el lado tengo de la personalidad y el nivel II, el hacer, entonces, el nivel III se refiere a la construcción del yo”. Según McAdams, la historia de nuestra vida no puede ser entendida a través de un análisis de la personalidad de los otros niveles (Lima y Abigail, 2011).

2.6. El NEO-PI-R y el NEO-FFI como instrumento de medida en la evaluación de la personalidad

NEO-PI-R (Inventario NEO de Personalidad Revisado). El NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992, 1999) es un cuestionario de 240 ítems diseñado para operacionalizar el modelo de los Cinco Factores de personalidad. Pretende medir esos cinco factores, a su vez con seis facetas o subescalas cada uno. El NEO-PI-R en cuanto a sus factores, lo mismo que en cuanto a sus facetas componentes, posee propiedades psicométricas adecuadas.

Existe también el NEO-FFI, que es una versión abreviada del NEO-PI-R de 60 ítems, 12 para cada factor, según que tales ítems hayan tenido pesos factoriales altos en ese factor.

El NEO-FFI (*NEO-Five-Factor Inventory*) es la versión abreviada del NEO-PI-R. Esta versión abreviada consta de 60 ítems en total, 12 ítems para cada uno de los cinco factores o dimensiones (Costa y McCrae, 1992, 1999). Al seleccionar los ítems por sus

pesos factoriales, hay una razón por la que, en esos 12 ítems seleccionados para cada factor en el NEO-FFI, no estén representadas por igual las seis facetas de que se compone el factor en la versión amplia del NEO-PI-R. En Manga, Ramos y Morán (2004) y en Bárcena (2006) pueden verse comentarios y propuesta de mejora en la elección de los ítems de la versión castellana del NEO-FFI (Costa y McCrae, 1999), con el fin de lograr mayor fiabilidad de cada factor abreviado. Con esta consideración de mejora podemos concluir señalando la ventaja de reducir los cuestionarios o inventarios para variables del ámbito de la personalidad. Es decir, se puede llegar a resultados similares con un número muy inferior de ítems bien seleccionados por sus pesos factoriales.

Allik y Mckrae (2004) formaron *clusters* (clústeres) geográficos y encontraron que los perfiles de personalidad entre las 30 facetas del NEO-PI-R eran muy semejantes en España y en Portugal, así como por ejemplo en Canadá y Estados Unidos.

La comparación entre españoles y portugueses ha hecho que empleemos en portugués los mismos ítems seleccionados en la versión castellana del NEO-FFI, aunque no siempre esa selección de ítems por sus pesos factoriales sea la mejor (Manga, Ramos y Morán, 2004).

Aunque el NEO-PI-R fue desarrollado para la evaluación de la personalidad en adultos, ya en el manual Costa y McCrae (1992, p. 36) sugieren la posibilidad de su utilización en adolescentes y animan a investigar sus cualidades en poblaciones jóvenes. En posteriores trabajos, estos autores han insistido en su demanda (Costa y McCrae, 1997).

El presente estudio pretende contribuir a acumular conocimiento sobre los modelos estructurales de la personalidad en un grupo de edad que habitualmente tiene una escasa representación en este campo de estudio.

2.7. Tipología de la personalidad adolescente

En la línea del estudio de prototipos de personalidad son muchos los trabajos que defienden la existencia de tres prototipos, sobre la base del modelo de los Cinco

Factores, sin que falten otras propuestas bien fundadas de cinco prototipos (Herzberg y Roth, 2006) frente a la extendida teoría de los tres prototipos. Cuando Asendorpf (2006) describe los tres prototipos, dice que en todos los estudios se puede identificar claramente uno como *Resiliente* (bajo Neuroticismo y altas puntuaciones en el resto de los Cinco Factores). También existe un segundo prototipo que muestra un patrón que se describe como *Supercontrolado*, al que se une un tercero como *Infracontrolado*.

Klimstra, Hale III, Raaijmakers, Branje y Meeus (2010) estudiaron los tres prototipos de personalidad (Resilientes, Infracontrolados y Supercontrolados) en cinco edades de la adolescencia: 12-13-14-15-16 años. Han utilizado una versión alemana de las dimensiones del Big Five (Goldberg, 1992), con seis ítems para cada dimensión de las cinco: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad e Responsabilidad. Utilizaron una escala de respuesta del tipo Likert, que va de 1 (completamente incierto) hasta 7 (completamente cierto). Según los autores, la fiabilidad es aceptable, con un rango de 0.76 a 0.88.

Los componentes de la muestra de Klimstra et al. (2010) fueron 923 adolescentes, clasificados en tres grupos o prototipos, de los que 313 (el 33.9%) eran Resilientes (grupo I), 228 fueron clasificados como Infracontrolados (el 24.7%) en el grupo II, siendo 382 los Supracontrolados (el 41.4%) del grupo III. Lo más destacado de sus resultados estaba en que se mantenía con los años una gran estabilidad en la posición de los tres grupos en las dimensiones:

-Para la dimensión Neuroticismo (medida como Estabilidad emocional, debido a que invirtieron las puntuaciones dadas por los adolescentes) los grupos I y II tenían buena e igual Estabilidad emocional, con el III muy por debajo de los grupos I y II en esta dimensión (es decir, el grupo III tiene un Neuroticismo alto, pero no los otros dos grupos).

-Para la dimensión Extraversión, también el grupo III fue el más bajo y el I el más alto, con el grupo II en posición intermedia.

-Para la dimensión Apertura a la experiencia, el más bajo con mucha diferencia fue el grupo II. El grupo I era algo superior al III en Apertura a la experiencia, pero ambos eran claramente superiores al grupo II en Apertura a la experiencia.

-Para la dimensión Amabilidad, los más altos eran los del grupo I, seguido del grupo III y los más bajos eran los del grupo II.

-Para la dimensión Responsabilidad, no se diferenciaban en nada los grupos I y III, siendo ambos superiores al grupo II.

Respecto a las diferencias de género, Klimstra et al. (2010) encontraron diferencias importantes en cuanto a los componentes de los grupos. Los chicos eran clasificados con mayor frecuencia relativa como Infracontrolados, o en el grupo II, que las chicas (el 33.8% frente al 15.4%). Los chicos eran menos clasificados que las chicas como Resilientes, o en el grupo I (29.3% frente al 38.7%). Por fin, en el grupo III las chicas se incluían en mayor porcentaje que los chicos (45.9% de chicas frente al 37.0% de chicos). Estas diferencias aparecieron significativas en cada uno de los tres grupos.

Posteriormente Klimstra, Beyers y Besevegis (2014) demuestran cambios en el desarrollo de la personalidad y de la identidad de los adolescentes y diferencias relacionadas con los problemas de comportamiento.

Habría que tener presentes, respecto a la replicabilidad de los tres prototipos, las advertencias de Rammstedt, Riemann, Angleitner y Borkenau (2004) cuando decían que su estudio constituía el primer intento de demostrar que la replicabilidad de los clusters es altamente sensible a la composición de la muestra, a las medidas utilizadas de personalidad o de escalas de calificación de conductas, a los informantes (autoinforme, de iguales o de otros), todo lo cual influye en la derivación de los tipos. Tendrán dificultad en su validación estos tres tipos, como hallazgos científicos, si no se avanza más en la elaboración del constructo y en su validez predictiva (Rammstedt et al., 2004).

La replicabilidad de los tres tipos, cuyo origen teórico se halla en el modelo de control y resiliencia del ego de Block y Block (1980), se ha convertido en una de las

principales preocupaciones de este acercamiento a los tipos de personalidad, particularmente en las aplicaciones del Modelo de los Cinco Factores a niños y adolescentes (v.g., Asendorpf y Van Aken, 1999; Asendorpf, Borkenau, Ostendorf y Van Aken, 2001). Los Resilientes se muestran superiores en Estabilidad emocional (bajo Neuroticismo) a Supercontrolados e Infracontrolados. Estos resultados y los obtenidos en otros estudios que también han utilizado el procedimiento de formación de conglomerados K-medias (v.g., Asendorpf y Van Aken, 1999; Asendorpf et al., 2001) han confirmado la existencia de estos tres tipos ya en niños y adolescentes, junto con las diferencias en el funcionamiento psicosocial de cada uno.

Ultimamente Alessandri, Vecchione, Donnellan, Eisenberg, Caprara y Cieciuch (2014) examinaron la replicabilidad transcultural de los tres tipos de personalidad en Italia, Polonia, España y Estados Unidos. Utilizaron 420 estudiantes universitarios de España, 322 de Italia, 499 de los Estados Unidos y 235 de Polonia. Identificaron los tres tipos de personalidad utilizando clúster basados en los Cinco Grandes Factores. Encontraron evidencia de los tres tipos en las muestras de los cuatro países, con distintas tradiciones lingüísticas y culturales, demostrando un grado relativamente alto de generalización intercultural.

Donnellan M. B. y Robins R.W. (2010) caracterizan los Resilientes por la autoconfianza, la estabilidad emocional y una orientación positiva hacia los demás. A los Supracontrolados como frágiles emocionalmente, introvertidos y tensos, mientras que caracterizan a los infracontrolados como desagradables y carecentes de autocontrol.

Capítulo 3. Autoeficacia y Autoestima en Adolescentes

3.1. Expectativas de Autoeficacia y Expectativas generalizadas de control

3.1.1. Concepto de Autoeficacia percibida

Locus de control, Autoeficacia y Expectativa de Éxito son tres tipos de expectativas derivadas de las teorías del aprendizaje social de Rotter (1966) y Bandura (1987).

Entre los mecanismos de la acción humana, ninguno hay más central o de mayor alcance que las creencias de la gente en su eficacia para regular su propio funcionamiento y para ejercer control sobre los sucesos que afectan a sus vidas (Bandura, 1987; 1997).

Somos capaces de *auto-regulación* cuando elegimos nuestras metas y controlamos nuestra conducta para poder conseguirlas. En la esencia de la auto-regulación se halla nuestra capacidad de anticipar eventos futuros, es decir, de crearnos expectativas basadas en nuestra experiencia, las cuales a su vez nos permiten formar creencias sobre nuestras capacidades y conducta. Éstas, en suma, son creencias sobre nuestra eficacia personal (Manga y Morán, 2007).

El concepto de Autoeficacia fue introducido por Bandura en 1977 para explicar los resultados obtenidos en los estudios sobre el efecto en la conducta de las observaciones de otras personas, mientras éstas realizaban acciones. Bandura (1977) intentaba demostrar que los individuos que están expuestos a un modelo, ya sea en una película o en la vida real, son capaces de llevar a cabo ellos mismos los actos observados en los modelos. Con la denominación de *Autoeficacia percibida* nos referimos a las creencias en las capacidades de uno mismo para producir determinados resultados. Un sentido de la eficacia personal es la base de la acción humana. A menos que la gente crea que produce los efectos deseados mediante sus propias acciones, tendrá poco incentivo para actuar o para perseverar frente a las dificultades. La premisa básica de la teoría de la Autoeficacia está, por tanto, en las creencias que la gente tiene en sus propias capacidades.

La Autoeficacia no es una habilidad percibida, sino lo que se cree poder hacer, bajo ciertas condiciones, con las habilidades que se poseen. Es más, no se refiere a creer que se pueden realizar acciones motoras específicas y simples, ya que Autoeficacia alude a creencias sobre la capacidad de uno para coordinar y orquestar destrezas y capacidades en situaciones exigentes y cambiantes, con el fin de conseguir metas deseadas en dominios y circunstancias particulares (Maddux, 2005).

Hay que distinguir la Expectativa de *eficacia personal* de la Expectativa de *eficacia de resultados*. La Autoeficacia percibida es, según Bandura (1987), un juicio emitido sobre la propia capacidad para alcanzar un cierto nivel de actuación, mientras que las Expectativas de resultados hacen referencia a las consecuencias más probables que producirá dicha ejecución. Por ejemplo, la creencia de que uno es capaz de saltar dos metros de altura es un juicio sobre la propia eficacia; el reconocimiento social esperado, los aplausos, los trofeos y la propia satisfacción por tal proeza constituyen una Expectativa de resultados.

Según la distinción anterior, una cosa es la creencia en que una conducta específica puede conducir a un resultado específico en una situación específica (Expectativa de resultado), mientras que otra cosa es la creencia de poder realizar la conducta que produce el resultado (Expectativa de Autoeficacia). De las dos eficacias, la *eficacia personal* es la más importante, porque la creencia en los *resultados* de un procedimiento (v.g., la salud por dejar el tabaco) no lleva consigo necesariamente el compromiso personal con ese procedimiento.

La eficacia personal o Autoeficacia no es un rasgo de la personalidad ni es igual a otros conceptos del ámbito de la personalidad que se consideran afines a los rasgos, como, por ejemplo, la Autoestima, el Optimismo o el Locus de control. El sentido de Autoeficacia es menos estable que los rasgos. La Autoeficacia se desarrolla y crece con el tiempo y la experiencia; es decir, las creencias constitutivas del sentido de eficacia personal comienzan en la infancia y continúan su desarrollo a lo largo de la vida, según postula la teoría social-cognitiva (Maddux, 2005).

3.1.2. Medida de Autoeficacia percibida

Son varias las escalas o subescalas que se emplean con estudiantes universitarios para medir la Autoeficacia por autoinforme sobre la base teórica de las Expectativas de control (Bandura, 1977). La escala de esta tesis es la de Palenzuela, Prieto, Barros y Almeida (1997), publicada en una revista portuguesa de educación y cuya versión en lengua portuguesa nos ha sido facilitada por el primer autor para esta tesis.

Karademas y Kalanzi-Azizi (2004) han investigado la relación de las Expectativas de Autoeficacia con otros constructos relacionados con la salud y el estrés, basándose en Bandura (1997) al definir las Expectativas de Autoeficacia como juicios sobre cómo una persona puede actuar de una cierta manera con el fin de conseguir una meta o afrontar de forma eficiente situaciones estresantes. La alta Autoeficacia está relacionada con la regulación de los procesos de estrés, con superior Autoestima y mejor bienestar; en cambio, la baja Autoeficacia está relacionada con más síntomas de ansiedad y depresión, así como también con inferiores niveles de bienestar subjetivo.

3.1.3. Medida de Expectativas Generalizadas de Control

La creencia de que uno tiene control sobre un fenómeno frecuentemente es tan importante como tener el control real del mismo (Bandura 2007)

El concepto de control percibido está relacionado con el de Autoeficacia, nosotros hemos elegido la escala incluida en la batería BEEGC-20 como medida de Expectativa de Autoeficacia. BEEGC-20 o *Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control* (Palenzuela et al., 1997).

Con esta batería se pretende abordar las diferencias individuales en Expectativas del lugar de control en la atribución de la conducta, así como en Expectativas de Éxito personal (Autoeficacia y Éxito). Según Bandura cuanto mayor sea el sentimiento de autoeficacia, junto con una expectativa positiva de éxito, mayor será la constancia del individuo en la lucha por sus objetivos (Bandura, 1997).

Bandura (1977), con la expresión *Expectativa de resultados*, se refería indistintamente tanto al Locus de control como a la Expectativa de Éxito.

Como reacción, en parte, a la concepción reduccionista de Bandura sobre las expectativas, Palenzuela ha propuesto un modelo tridimensional de las *Expectativas de Control*. La estructura tridimensional trata de reflejar tres tipos de expectativas con una larga tradición teórica y empírica. Las *Expectativas de Locus de control* indican en qué medida esperan las personas que lo que ocurra en sus vidas sea contingente (o se deba) a sus propias acciones, y en qué medida creen en la suerte. Las *Expectativas de Autoeficacia* se refieren a los juicios de las personas sobre sus capacidades. Las *Expectativas de éxito* indican la estimación subjetiva sobre en qué medida espera la gente conseguir una meta o resultado deseado. Esta Expectativa de meta está determinada, de modo importante, por la de Autoeficacia. Esta relación entre la persona y el resultado, denominada Expectativa de Éxito, no aparece en el modelo de Bandura al no diferenciar entre Expectativa de Éxito y Expectativa de Locus de control.

La *Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control* o BEEGC, basada en la teoría del control personal de Palenzuela, evalúa 3 dimensiones de las Expectativas de Control (Locus de control, Autoeficacia y Expectativa de Éxito) concibiendo el Locus de control como un constructo con tres dimensiones (Contingencia, Indefensión y Suerte). En la escala original (Palenzuela et al., 1997), después de un análisis correlacional, el análisis factorial confirmatorio (utilizando el programa LISTREL) determinó las tres dimensiones de Expectativas de Control confirmando la teoría de las tres dimensiones.

De las cinco escalas (Contingencia, Indefensión, Azar o Suerte, Expectativa de Autoeficacia y Expectativa de Éxito), la teoría postula la existencia de cuatro factores (Palenzuela et al. 1997), siendo el primer factor de Éxito Personal (que comprende las dimensiones Expectativa de Autoeficacia y Expectativa de Éxito), y los otros tres son los de Azar o Suerte, Contingencia e Indefensión.

El estudio de su construcción se efectuó en 331 estudiantes de psicología, con una media de edad entre 22 y 23 años, siendo mujeres el 77% de la muestra. Respecto

a la fiabilidad por consistencia interna, las correlaciones de los ítems con el total son bastante altas (gran homogeneidad), lo que conlleva que a pesar de sus cuatro ítems las escalas tengan coeficientes Alfa de Cronbach más bien altos, según informan Palenzuela et al. (1997): 0.83 para Contingencia, 0.77 para Indefensión, 0.87 para Suerte o Azar, 0.75 para Expectativas de Autoeficacia y 0.86 para Expectativas de Éxito.

La variable Contingencia se refiere a Locus de control, tal como es entendido en psicología. Los individuos con un Locus de control interno consideran que la obtención de los reforzadores es controlada desde el interior, es decir, depende de sus propias acciones. En cambio, los individuos con Locus de control externo son los que creen que la obtención de los reforzadores depende de algo que está más allá de sus propias acciones. Aunque el Locus de control es una dimensión continua, suele describirse en términos de sus puntuaciones extremas, por lo que existen dos orientaciones respecto al Locus de control: la interna y la externa.

Silva (2010) confirma la consistencia interna y la estabilidad temporal realizando una traducción y adaptación para el portugués de la Escala de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20) de Palenzuela (1997) en una muestra en la que obtiene un coeficiente de Spearman-Brown de 0.856 y una correlación teste-reteste de 0.765, presentando todas las sub-escalas correlaciones estadísticamente significativas. En el análisis factorial con los 20 ítems de la versión portuguesa fueron extraídos cuatro factores que en su conjunto explicaron 60.498 de la varianza total.

3.1.4. Locus de control en adolescentes

Es importante capacitar a los adolescentes para predecir y desarrollar formas de control ante los sucesos que influyen en sus vidas.

Zdanowicz y Reynaert (2004) consideran el Locus de control como un factor fundamental en el desarrollo de los adolescentes. Después de diez años de investigar la salud de los adolescentes, incluyendo un estudio de una cohorte de 1100 adolescentes sanos en comparación con 700 adolescentes con diversos trastornos mentales, llegan a la conclusión que hay tres factores importantes en la salud de los jóvenes: la evolución del Locus de control de salud durante la adolescencia, las

relaciones familiares y la interacción entre estos dos factores. Los adolescentes que padecen trastornos mentales tienen un nivel de interiorización más bajo en el Locus de control.

Albuquerque, Matos, Ferreira, Albuquerque y Oliveia (2009) evaluaron diversas variables psicológicas (Locus de control, coping y auto-concepto) y variables de salud (estilo de vida, estado de salud y percepción general de salud) en 621 jóvenes universitarios portugueses (76,58% mujeres). Concluyeron que las variables psicológicas están asociadas a las variables de salud. Los estudiantes cuyas variables psicológicas presentaban valores más positivos, también presentaban valores más positivos en las variables de salud.

Se ha informado de la relación de la percepción del Locus de control en adolescentes varones con la agresión (Breet, Myburgh y Poggenpoel, 2010). Concretamente, los adolescentes con un Locus de control interno eran significativamente menos agresivos que los adolescentes con Locus de control externo, tanto en el ámbito de la agresión física como en agresión verbal e indirecta. Los resultados del estudio de 440 adolescentes indican, según Breet et al. (2010), que existe una influencia significativa del Locus de control sobre la agresión verbal y la indirecta.

3.1.5. Autoeficacia y Consumo de tabaco en adolescentes

Van Zundert, Engels, Ferguson y Shiffman (2010) se ocupan de investigar los efectos de la Autoeficacia en las recaídas de los adolescentes adictos al tabaco. En el estudio de Van Zundert et al. (2010), 149 adolescentes registraban su Consumo de tabaco y Autoeficacia tres veces al día durante una semana al principio, hasta tres semanas después de un intento decidido de dejar el tabaco. Querían saber si las variaciones dinámicas del día a día en Autoeficacia eran predictoras de éxito en adolescentes que fumaban diariamente después de intentar dejarlo. Las medidas del principal resultado de abstinencia del tabaco era la reducción durante 24 horas. La Autoeficacia era relativamente alta y moderadamente variable antes de la primera caída, pero descendía y llegaba a ser más variable a continuación. La baja Autoeficacia

medida en la evaluación de la caída aumentaba significativamente el riesgo de una segunda caída y de recaídas posteriores. Es importante señalar que en el trabajo de Van Zundert et al (2010) las diferencias en Autoeficacia de los individuos en su línea de base no predecía ningún resultado de tratamiento. La conclusión fue que los resultados enfatizaban la importancia de la Autoeficacia en los adolescentes para dejar de fumar, así como también apuntan para la psicología de la salud la necesidad de planteamientos dinámicos y evaluaciones de esa Autoeficacia en los adolescentes, y de sus recaídas.

Palacios (2010) estudió la conducta de fumar en una muestra de 1012 jóvenes entre 14 y 22 años de la Ciudad de México. Consideró la edad de inicio del consumo de tabaco, la frecuencia, la cantidad de consumo y la probabilidad de fumar cigarros en un futuro. Evaluó la Autoeficacia con ítems que reflejan la capacidad para evitar consumir cigarros. Los resultados mostraron que los jóvenes con una menor capacidad para evitar consumir tabaco tenían una mayor intención y conducta de fumar, además la intención futura de fumar predecía su consumo.

Deforche et al. (2010) propugnan un ambiente, físico y social, que potencie notablemente la actividad física de los adolescentes mayores, de tal modo que los intereses centrales en la promoción de la salud pública se desplacen desde los aspectos personales y psicosociales de la actividad física hacia compromisos actuantes en el ambiente de los jóvenes. Desde esta perspectiva ecológica se verían favorecidos en su salud tanto los adolescentes mayores con alta Autoeficacia como los que en esas edades de los 16-17 años mostrasen baja Autoeficacia.

3.2. Noción y medida de la autoestima global

3.2.1. Noción de autoestima

Siguiendo el criterio autorizado de Schultz y Schultz (2003), podemos afirmar que los individuos con alta autoestima tienen mayor autovalía y confianza en sí mismos, es decir, que se sienten más competentes y productivos que la gente con baja autoestima. Las personas con autoestima alta funcionan mejor en muchas situaciones. En un estudio con estudiantes universitarios en búsqueda de empleo, los de mayor autoestima recibieron más ofertas de empleo y fueron calificados mejor por los seleccionadores que los estudiantes con baja autoestima (Ellis y Taylor, 1983). Otro estudio encontró que la gente con autoestima elevada afrontaba con más eficacia las dificultades de la pérdida del empleo que las personas con baja autoestima (Shamir, 1986).

Las personas con baja puntuación en Autoestima, al ser excluidas de un grupo informaron de un sentimiento significativamente mayor de rechazo que los individuos con alta Autoestima (Nezlek, Kowalski, Leary, Blevins y Holgate, 1997).

Judge, Erez, Bono y Thoresen (2002) encontraron una estrecha relación entre la autoestima, el Neuroticismo y el Locus de control junto con la Autoeficacia. Las cuatro medidas muestran una pobre validez discriminante y poca variación gradual en la predicción de criterios externos.

La autoestima puede afectar incluso a la precisión de la memoria. En un estudio con estudiantes universitarios, los sujetos recibieron retroalimentación acerca de su personalidad, parte de la cual era favorable y halagadora mientras que otra parte era desfavorable y poco halagüeña. Los estudiantes con una elevada Autoestima recordaron la retroalimentación favorable con mucha mayor precisión que los individuos con baja Autoestima. En tanto que los de baja Autoestima recordaron mejor la retroalimentación desfavorable que los de autoestima alta (Story, 1998).

Se sugieren dos dimensiones o componentes de la Autoestima: por una parte, la autocompetencia, y además el gusto por uno mismo. La autocompetencia se refiere

al sentido que una persona tiene de poder, eficacia o habilidad para realizar bien una tarea. El gusto por uno mismo se refiere al sentido que uno tiene de su valía personal. Los individuos con menor sentido de autovalía tiene menor probabilidad de persistir en una tarea, sea en la escuela o en el aprendizaje de una destreza si su primer intento fracasa (Tafarodi y Vu, 1997).

3.2.2. La autoestima en adolescentes

Durante muchos años, la investigación de la autoestima en adolescentes se ha centrado predominantemente en la Autoestima global. Se trata de una importante variable de las diferencias individuales, estrechamente vinculada a la psicopatología. La Autoestima así concebida puede definirse como la valoración global de la valía de uno mismo, o bien de lo que uno vale como persona (Harter, 2003). Las autovaloraciones negativas e inestables son componentes principales de criterios diagnósticos para muchas alteraciones en la salud mental (O'Brien, Bartoletti y Leitzel, 2006). En relación con las conductas medidas con el Cuestionario CBCL (Achenbach, 1991), se ha mostrado cómo se relaciona la autoestima baja con la psicopatología de internalización de conductas en niños y adolescentes, particularmente con la escala de ansiedad/depresión. La relación con problemas de externalización aparece menos clara y sujeta a debate. En este ámbito, se pretende relacionar la Autoestima con problemas de conductas agresivas, antisociales y delincuentes. Unos autores los asocian con alta Autoestima, mientras que otros han hallado problemas como éstos asociados a baja Autoestima.

Una preocupación de los investigadores en este campo de la autoestima adolescente es la de saber, desde las enseñanzas de Rosenberg (1985), cómo se asocia con el uso y abuso de sustancias, creyendo unos que tal uso se asocia con baja Autoestima mientras que otros no encuentran asociación entre abuso de sustancias y el nivel de Autoestima de los adolescentes (Bos, Huijding, Muris, Vogel y Bieshevel, 2010).

3.2.3. Género y autoestima

La investigación sobre género y autoestima ha venido hallando que en promedio los hombres poseen mayor autoestima que las mujeres. Sin embargo, estas diferencias varían con la edad y el grupo étnico. En los años previos a la adolescencia, no se encontraron diferencias de género significativas en la Autoestima; éstas aparecen al inicio de la adolescencia entre los 11 y 13 años, cuando los muchachos exhiben mayor Autoestima que las niñas. Es importante constatar que estos hallazgos respecto a autoestima y edad no se dan más que en sujetos blancos, porque estos resultados no se hallan en sujetos negros (Major, Barr, Zubek y Babey, 1999).

3.2.4. La medida de la autoestima global

Siguiendo a Anastasi y Urbina (1998), el constructo de la autoestima es, a primera vista, engañosamente simple. A menudo se supone que es una actitud general de autoevaluación, que fluctúa entre lo muy positivo y lo muy negativo, que es estable y de naturaleza por completo subjetiva. Tales suposiciones han sido tradicionalmente la base de la medición de la Autoestima con propósitos de investigación y de intervención, hasta llegar en alguna extensa revisión de las medidas de Autoestima y autoconcepto a señalar a la Escala de Autoestima (*Self-Esteem Scale*, SES) de Rosenberg (1965) como la escala de este tipo más utilizada. También lo afirman Robins, Tracy et al. (2001). Es una escala autodescriptiva de 10 elementos o ítems.

Las medidas simples y evidentes de la autoestima global, como la obtenida con la Escala de Autoestima, parecen ser relativamente estables en el tiempo y para ciertos propósitos pueden ser útiles como medida de la forma general en que el individuo se ve a sí mismo. No obstante, muchos investigadores han encontrado que la relación entre conducta y autoconcepto puede demostrarse mejor si éste se considera y evalúa como un constructo jerárquico y multidimensional (v.g., Fleming y Courtney, 1984). En algunas circunstancias, el uso de una sola medida global de la autoestima puede arrojar resultados inconsistentes o no revelar correlaciones significativas con otras variables, que tal vez aparezcan como consistentes y significativas con un constructo más definido, como el autoconcepto académico. Esto es particularmente cierto en el caso de aquellas personas para las cuales el aprovechamiento académico puede no ser

tan importante en su sistema personal de valores; en estos casos, es posible que un autoconcepto global elevado, que tiende a reflejar el sistema de valores del examinado, no muestre una correlación significativa con el aprovechamiento académico o el funcionamiento intelectual. Según se entienda la autoestima, su medición puede variar en tal contexto de referencia (Demo, 1985). Incluso existen trabajos que en la medición de la autoestima utilizan un solo ítem (ver Robins, Hendin y Trzesniewski, 2001).

La idea de la Autoestima como constructo evolutivo comenzó con W. James (1890) quien propuso una elegante fórmula para la autoestima: Autoestima = Éxito / Pretensiones. Así, la evaluación de la propia estima o valía depende de la relación entre los propios logros y las propias metas y aspiraciones.

La *Escala de Autoestima de Rosenberg* (1965) es sin duda la más utilizada para medir la AUTOESTIMA GLOBAL, entendida como la estimación o valoración global que una persona hace de su valía como ser humano (Rosenberg, 1979). Nunca ha sido fácil medir la autoestima (Demo, 1985). Generalmente, los estudios psicométricos apoyan la unidimensionalidad de la Escala de Rosenberg (v.g., Navarro, Pastor, Tomás y Oliver, 1997; Pullman y Allik, 2000).

Rosenberg (1979) resume la investigación sobre la fiabilidad y validez de la escala. Dos pequeñas muestras de estudiantes tuvieron unos coeficientes de fiabilidad test-retest a las dos semanas de $r = .85$ y $.88$. La escala ha demostrado validez convergente con el Inventario de Autoestima de Coopersmith (1967), correlacionando las escalas con una $r = .60$. Resultados: Mientras la autoestima fue estable para varones y mujeres durante los cuatro años de escuela superior, los varones tuvieron una autoestima significativamente superior a la de las mujeres.

Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007) han adaptado la Escala de Rosenberg al castellano en estudiantes universitarios. A continuación proponemos la versión castellana de la validación de Martín-Albo et al. (2007, p. 461).

Tabla 4. Versión castellana de la validación de la Escala de Autoestima de Rosenberg de Martin-Albo et al., 2007

| Ítems | Contenido | Media | DT | CT | =Alfa |
|-------|---|-------|-----|-----|-------|
| 1 | Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente. | 3.63 | .56 | .41 | .85 |
| 2 | En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado. | 3.59 | .61 | .54 | .84 |
| 3 | Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades. | 3.41 | .54 | .54 | .84 |
| 4 | Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas. | 3.37 | .61 | .50 | .84 |
| 5 | Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso. | 3.24 | .74 | .43 | .85 |
| 6 | Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. | 3.16 | .63 | .59 | .83 |
| 7 | En general, estoy satisfecho conmigo mismo. | 3.07 | .66 | .64 | .83 |
| 8 | Ojalá me respetara más a mí mismo. | 2.37 | .83 | .50 | .84 |
| 9 | A veces me siento realmente inútil. | 3.17 | .78 | .70 | .82 |
| 10 | A veces pienso que no soy bueno en nada. | 3.35 | .75 | .70 | .82 |

Los hallazgos con la Escala de Rosenberg son consistentes en múltiples investigaciones sobre diferencias de género, las cuales han encontrado que los adolescentes varones tienen superior autoestima que las mujeres. Resulta interesante que la mayoría de la investigación sobre autoestima en los años de la escuela elemental no ha encontrado diferencias de género. Entre los años de la escuela elemental y la superior los efectos de la pubertad y el impacto de los roles del género pueden haber influido negativamente en las chicas en relación con los chicos. Las razones para una inferior autoestima en las chicas de la escuela superior necesitan ser explorada en adelante.

3.2.5. Puntualizaciones sobre la autoestima

Cuando hablamos de autoestima deben aclararse al menos tres cuestiones. La primera afecta a la **noción**, y debe saberse si existe diferencia entre autoestima y autoconcepto. La segunda cuestión se refiere al posible carácter unidimensional o pluridimensional de la autoestima. Una tercera cuestión que hay que tener en cuenta para su aclaración es su relación con dimensiones relativamente estables de la personalidad, como son las 3 dimensiones del modelo de Eysenck o las 5 del modelo

de Costa y McCrae de los Cinco Grandes. Además de esas tres cuestiones, aún hay otra que preocupa a los investigadores, y se refiere a los instrumentos de medida o **escalas de autoestima**.

Chubb y Fertman (1997) ponen de manifiesto la existencia de dos puntos de vista diferentes de autoestima. Uno parte de W. James quien consideraba la Autoestima como una *ratio* entre el éxito percibido de una persona en un cierto dominio y la importancia que esa persona concede a los logros en ese dominio. El otro punto de vista teórico, que parte de C. Rogers, consiste en considerar la autoestima en cuanto que tiene su origen en las percepciones personales de cómo otros importantes le han visto a uno mismo.

Rogers (1959) propuso que el *self* (sí mismo) formaba parte de la personalidad, algo que desarrolló e investigó a lo largo de más de 40 años. La aproximación fenomenológica de Rogers indica que cada persona percibe el mundo de manera única. De ese mundo privado del individuo se puede intentar conocer cómo es percibido por el individuo, y el significado psicológico que tiene para él.

El autoconcepto representa un modelo organizado y estable de percepciones. El *self* o autoconcepto cambia merced a nuevas experiencias, pero siempre mantiene su estructura organizada e integrada.

Según Rogers, el primer *self* proviene de las percepciones de las valoraciones de los padres. La autoestima del niño, o la opinión personal de la propia vida, se origina en estas percepciones.

Con frecuencia Autoconcepto y Autoestima se consideran equivalentes (Moreno, 1997). Podemos leer en Anastasi y Urbina (1998), respecto a los inventarios de Autoestima y medidas relacionadas, que el Autoconcepto se mezcla en la siempre creciente investigación con otros constructos relacionados: como pueden ser la Autoestima y la Autoeficacia percibida. Un punto fuerte de esta línea de investigación está en la evaluación que el individuo hace de su propia ejecución. De hecho, dicen Anastasi y Urbina (pp. 455-456), suele describirse la Autoestima como el componente evaluativo del autoconcepto que a largo plazo puede influir en el desarrollo de los

rasgos cognoscitivos y afectivos. En particular, existe un amplio acuerdo respecto a la función crucial que juega la autoestima en la determinación de variables psicológicas tan importantes como la capacidad de afrontamiento y la sensación de bienestar.

Para el interés de esta tesis, una cuestión es digna de consideración aquí. Byrne y Mazanov (2001) ya plantearon la pregunta de si la Autoestima influye en fumar o no cigarrillos. Estudiada así la conducta de los adolescentes en cuanto a consumo de tabaco, los citados autores concluían que se confirmaba la inexistencia de un fuerte apoyo de la Autoestima actuando como efecto protector frente al consumo de tabaco en adolescentes. Por ello, invitaban a seguir investigando la relación de la Autoestima con el consumo de tabaco en adolescentes.

Capítulo 4. El Consumo de tabaco como factor de riesgo en la personalidad de los adolescentes

4.1. Primeras evidencias científicas

El problema del tabaquismo no puede ser analizado desde una perspectiva estrictamente individual (Vitória, 2010) sino también histórica. El tabaco existe desde hace millones de años en América. Si nos remontamos al descubrimiento de América, en el siglo XVI era tan importante para los nativos americanos, que la planta del tabaco llegó a ser comparada a un representante de Dios en la tierra.

Como consecuencia del descubrimiento llegó a Europa y rápidamente al resto del mundo. Nicot (1530-1600), embajador de Francia en Portugal, introdujo tabaco en la corte francesa para curar las jaquecas de la familia real.

Hasta el inicio del siglo XX, el consumo de tabaco era recreativo y se restringía a los hombres de las élites económicas y culturales. Frente a la polémica de defensores y detractores del tabaco, hasta la mitad del siglo XX, dominó la postura que consideraba el tabaco inocuo e incluso con propiedades medicinales. A pesar de la acumulación de pruebas contra los efectos del tabaco en la salud y su relación con la mortalidad precoz, sólo a mediados de los años 50 se impone la evidencia científica (Vitória, 2010).

Ante el rápido crecimiento del cáncer de pulmón a partir de los años 20, surgen en 1950 los primeros artículos científicos relacionando el tabaco con este tipo de cáncer (Doll y Hill, 1950; Winder y Graham, 1950; Levin, Goldstein y Gerhardt, 1950).

De los primeros estudios publicados, los más decisivos para comprender los efectos del tabaco en la salud y los beneficios de dejar de fumar, fueron los trabajos realizados por Richard Doll, Bradford Hill y sus colaboradores, primero en enfermos con cáncer de pulmón y después en médicos ingleses en un estudio longitudinal durante cincuenta años iniciado en 1951. (Doll y Hill, 1950, 1952, 1954; Doll, Peto, Boreham y Sutherland, 2004).

En 1964, en los Estados Unidos, es publicado el histórico informe Smoking and Health sobre los efectos del tabaco en la salud. Por primera vez se divulga públicamente, bajo fuertes medidas de seguridad, un informe oficial que relaciona el consumo de tabaco como causa de algunas formas de cáncer de pulmón y de laringe en el hombre. Este hecho fue decisivo para promover la responsabilidad de los profesionales de la salud y de los políticos ante la epidemia del tabaco (U.S. Department of Health, 1964).

Cincuenta años después de la publicación de este informe, el U.S. Department of Health and Human Services (2014) publica un nuevo informe confirmando la evidencia científica y los resultados de estos cincuenta años de investigación sobre el mismo tema (U.S. Department of Health Human Services, 2014).

Otras dos evidencias se imponen en el siglo XX, el tabaco causa dependencia y el humo del tabaco es igualmente nocivo para la salud. Según la OMS, la pandemia del tabaquismo fue responsable de la muerte de 100 millones de personas en el siglo XX y, si no es controlada, podrá matar mil millones en el siglo XXI. Fumar es la primera causa evitable de enfermedad, incapacidad y muerte prematura en los países desarrollados, contribuyendo en seis de las ocho primeras causas de muerte a nivel mundial (WHO, 2008).

Actualmente, a pesar de la evidencia científica de las consecuencias nocivas del tabaco en la salud, hay cierta incredulidad sobre su peligro, incluyendo a la propia clase médica, en gran medida debido a las estrategias de marketing de la industria tabaquera (Nunes, 2006).

Un estudio transversal realizado en 2009 en Portugal durante dos grandes conferencias médicas nacionales dirigidas a médicos de familia, internistas y estudiantes de medicina, constató que los médicos portugueses no son conscientes de su papel en el control del tabaco (Ravara, Castelo-Branco, Aguiar y Calheiros, 2014). En Portugal, merece una especial atención la elevada prevalencia de fumadores en el grupo de los profesionales de la salud, principalmente médicos y enfermeros, y entre los profesores. (Fraga, Sousa, Santos, Mello, Lunet, Padrão y Barros, 2005).

La investigación muestra un mayor control del tabaquismo en los países donde existe un mayor número de médicos que han dejado de fumar y tienen mayor compromiso con la salud pública, como Australia y Estados Unidos, al contrario de lo que ocurre en países como Japón o Italia (Smith y Leggat, 2008)

En los jóvenes, además de las estrategias de marketing, hay que tener en cuenta los cambios socioculturales que viven. Un estudio sobre 1632 jóvenes portugueses, entre 15 y 20 años, de Vila Real y Bragança, confirma que el tabaco es la variable que mejor permite predecir el consumo de alcohol en los jóvenes, y que los factores asociados al consumo de tabaco y bebidas, viene de la proyección de una imagen de adulto, seguro de sus decisiones, por lo que expresa el grado de conformidad de los jóvenes a los valores que están sujetos a través de los cambios socioculturales, promoviendo la idea de libertad y transformándose en consumidores (Vasconcelos Raposo, Alves, Salgado y Simões, 2006).

4.2. Un problema de salud prioritario

El Convenio Marco para el Control del Tabaco es el instrumento más importante de control del tabaco de la OMS y su creación marca un momento importante en la promoción de la salud pública. Este Convenio, adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003 y en vigor desde 2005, se basa en pruebas que reafirman el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible.

Para promover en los países el cumplimiento de las normas del Convenio Marco para el Control del Tabaco, la OMS estableció en 2008 el plan MPOWER (*Monitor use and prevention policies, Protect from tobacco smoke, Offer help to quit, Warn about dangers, Enforce bans on tobacco promotion, and Raise taxes*) que consiste en seis medidas eficaces de control del tabaco. Una de ellas, la Monitorización de la epidemia del tabaco, como forma de evaluar la eficacia de las medidas preventivas desarrolladas en el control del consumo de tabaco en adolescentes y adultos, es necesaria para conocer mejor el comportamiento de la población portuguesa ante el tabaco, sus determinantes y tendencias de evolución, para delinear estrategias de prevención y control más adecuadas y eficaces. (WHO, 2008).

El *Global Tobacco Surveillance System* (GTSS) es un Sistema de Vigilancia Global del Tabaco cuyo objetivo es mejorar la capacidad de los países para diseñar, implementar y evaluar las intervenciones de control del tabaco, para controlar el Convenio Marco y los componentes del MPOWER de la OMS. El GTSS incluye la recopilación de datos a través de cuatro encuestas, *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), *Global School Personnel Survey* (GSPS), *Global Health Professional Students Survey* (GHPSS) y *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS). Esta última Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, se inició en 1999 y recoge información de los jóvenes de 13 a 15 años de edad en las escuelas.

Promover estilos de vida saludables y ciudades libres de tabaco es uno de los objetivos de la Red Europea de Ciudades Saludables. En el año lectivo 2008/09, la Red Portuguesa de Ciudades Saludables aplicó el cuestionario *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) a 3649 alumnos de 9º curso de las escuelas públicas de 16 municipios portugueses de la Red, entre ellos Vila Real. Algunas variables medidas fueron el Sentido de coherencia, la relación con la escuela y la relación con los compañeros, como factores de protección o riesgo para el consumo de tabaco. El Sentido de coherencia como constructo psicológico relacionado con el sentimiento de confianza, control y capacidad de gestión de vida, fue medido a través del cuestionario de 29 ítems. En los resultados se verificó una relación negativa entre el Sentido de coherencia y el consumo de tabaco. También fue negativa la relación entre la satisfacción y la realización escolar y el consumo de tabaco, por lo que estas variables fueron consideradas como medidas protectoras ante el consumo de tabaco. La relación negativa entre el Sentido de coherencia y el consumo de tabaco fue estadísticamente significativa, pero de baja magnitud. Se verificó que el 52% de los jóvenes de la muestra ya habían fumado alguna vez, sobre todo las mujeres (55,9%). El 10% de la muestra no consideró que fumar era perjudicial para la salud (Ferreira, Chitas, Silva, y Silva 2013).

Para la prevención y reducción del tabaquismo en Portugal, fue creada la Ley nº 37/2007 de 14 de agosto (Diário da República, 2007) que establece normas “para la protección de los ciudadanos expuestos involuntariamente al humo del tabaco y

medidas de reducción de la busca relacionadas con la dependencia y abandono del consumo”.

En este contexto, la Dirección General de la Salud de Portugal, consideró el tabaquismo un problema de salud prioritario en el ámbito del Plano Nacional de Salud 2012-2016, y creó el Programa Nacional para Prevención y Control del Tabaquismo (Nunes, 2013).

A pesar del esfuerzo realizado en Portugal, el tabaquismo es un problema importante de salud pública que necesita mayor prevención y control, pues una gran parte de la población portuguesa, especialmente los fumadores, no consideran que el tabaquismo sea un grave factor de riesgo para la salud. Según el III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, solo un 50,9% de la población portuguesa de 15 a 64 años consideró en 2001 que fumar uno o más paquetes de tabaco por día tenía un elevado riesgo para la salud. Aunque este porcentaje subió en 2012 a 65,9%, aún existe cerca de un 4% que considera poco riesgo e incluso, algunos consideran que no tiene ningún riesgo. Las mujeres en general son las que tienen mayor percepción del riesgo. (Balsa, Vital y Urbano, 2014).

4.3. Datos sobre el tabaquismo

Aunque en Portugal ha disminuido la prevalencia de los fumadores en general y las mujeres tienen mayor percepción del riesgo, los estudios refieren un aumento de la prevalencia de las fumadoras en los últimos años. En relación a los jóvenes portugueses, los estudios también indican que la prevalencia de las fumadoras es superior a la de los fumadores del sexo masculino en algunos lugares de Portugal (Fraga, Ramos y Barros, 2006; Precioso, Samorinha, Macedo y Antunes Precioso et al., 2012) sin embargo éstos inician antes el consumo de tabaco (Fraga, et al., 2006).

Precioso et al. (2012) estudiaron una muestra representativa de los alumnos de las escuelas públicas de Portugal, constituida por 8764 alumnos, 4060 del sexo masculino y 4704 del sexo femenino, matriculados en los cursos de 5° a 12°, durante el año lectivo de 2008/2009. Encontraron que 10,2% de los alumnos y 9,1% de las

alumnas eran consumidores regulares de tabaco. La prevalencia de consumidores regulares y ocasionales de tabaco aumentaba con la edad en ambos sexos. La prevalencia del consumo regular a los 15 años, era de 12,3% en los alumnos y de 8,6% en las alumnas. La prevalencia del consumo ocasional era de 6,1% en los alumnos y de 4,0% en las alumnas. La prevalencia del consumo de tabaco en los adolescentes portugueses varía según la región del país. En las regiones Norte, Centro, Algarve, Açores e Madeira, el consumo regular del tabaco es más elevado en los chicos que en las chicas, verificándose lo contrario en Lisboa y en el Alentejo. La media de edad de inicio del consumo se sitúa en 12,7 años de edad, con mayor frecuencia en la escuela, por lo que son importantes las intervenciones preventivas antes de esta edad y mantenerlas durante todo el periodo escolar.

En Portugal existe mayor número de investigaciones sobre la prevalencia de los fumadores que sobre los determinantes del comportamiento tabáquico. En comparación con los países europeos, Portugal tiene una menor prevalencia de fumadores. Los resultados de los Eurobarómetros promovidos por la Comisión Europea, muestran un ligero descenso en la prevalencia de fumadores en Portugal debido a la disminución de los fumadores del sexo masculino. Los Informes Nacionales de Salud, en relación con la población de Portugal Continental con más de 10 años, revelan que la prevalencia de fumadores se estabilizó alrededor del 20% en los últimos años, confirmando una disminución de la prevalencia de fumadores del sexo masculino y un aumento de la prevalencia de fumadoras. Al final de la década de los años 80 fumaban 33% de los hombres y 5% de las mujeres y, en 2005-2006, fumaban 30% dos hombres y 11% de las mujeres. La prevalencia más alta corresponde al grupo etario de los 35 a los 44 años, lo que es importante en el caso de los padres con hijos que atraviesan la edad de la infancia a la adolescencia, donde ocurre con más frecuencia la iniciación del consumo del tabaco. Más del 80% de los fumadores comenzaron a fumar en la adolescencia. En Portugal, como en el resto de los países occidentales, el pico de la iniciación tabáquica ocurre entre los 11 y los 15 años. La iniciación precoz del tabaquismo es un factor determinante de la dependencia futura y ocurre en una edad donde aún no es posible decidir de forma informada y consciente creándose así una

rápida dependencia , por consiguiente, es necesario conocer mejor los motivos que llevan a los adolescentes a fumar (Vitória, 2010).

Fraga et al. (2006) estudiaron 1052 alumnas y 984 alumnos de 13 años matriculados en escuelas públicas y privadas de Porto. Una elevada proporción había comenzado a fumar y las razones más referidas fueron la curiosidad, el tener amigos fumadores y sentir placer.

Un aspecto importante en relación a la composición del tabaco, es que, además de la dependencia de la nicotina, alcaloide con propiedades psicoactivas, y las miles de sustancias químicas con efectos cancerígenos, mutagénicos, tóxicos e irritantes, la industria añade aditivos químicos, humedificantes y aromatizantes, cuyos efectos, una vez quemados e inhalados, aún no conocemos completamente. No hay niveles seguros de exposición al tabaco. Sabemos que existe una relación no lineal de la dosis-tiempo-respuesta entre el consumo del tabaco y la aparición de la dependencia y las enfermedades. Algunos adolescentes sufren síntomas de dependencia a la nicotina antes del consumo diario habitual, incluso días o semanas después del consumo esporádico, otros nunca llegan a ser dependientes (Nunes, 2006).

Algunos estudios prospectivos han informado sobre las consecuencias para la salud de fumar menos de cinco cigarrillos al día (Bjartveit y Tverdal, 2005).

Los fumadores (Nunes, 2006) presentan peores indicadores de salud en comparación con los no fumadores y una esperanza de vida menor. Actualmente existe suficiente evidencia de que el consumo de tabaco es un factor causal de diferentes tipos de cáncer, de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, además de otros efectos gastrointestinales, en la salud reproductiva, ocular, ósea, en el sistema endocrino, en el envejecimiento de la piel y aún existen otros efectos como la asociación con los problemas de salud mental. En general, el riesgo para algunas de estas enfermedades es mayor en las edades más jóvenes.

Según Doll et al. (2004) cerca de la mitad de los fumadores regulares mueren como consecuencia del consumo de tabaco, la cuarta parte de ellos muere entre los 25 y los 69 años. Los fumadores pierden una media de diez años de esperanza de vida,

que pueden recuperar si paran de fumar. Cuanto antes dejen de fumar, mayor serán los beneficios en la salud y en la recuperación de los años de vida perdidos.

Una vez instaurada la dependencia, dejar de fumar no es un proceso fácil y con frecuencia existen recaídas. Además, cerca de 86% de los fumadores portugueses de 15 a 64 años declararon tener baja motivación para parar de fumar, cerca de 13% tenían una motivación moderada y menos del 2% una motivación elevada para abandonar el hábito de fumar (Balsa, Vital y Urbano, 2014).

Vitória, Branquinho y De Vries (2013) afirman que el 90% de los fumadores son dependientes del tabaco, siendo éste un importante determinante de las dependencias de otras drogas, además de estar relacionado con problemas de salud mental y problemas de relaciones sociales. Para mejorar la capacidad de enfrentarse con la influencia social, es fundamental mejorar las competencias sociales cuando ocurre la iniciación, en la infancia o en la adolescencia. Es importante tener en cuenta que el comportamiento tabáquico es un fenómeno multidimensional y confluyen diversos factores de protección y de riesgo relacionados con la susceptibilidad, la iniciación y la progresión del comportamiento tabáquico y pueden variar según las personas y los contextos.

4.5. Personalidad, Sentido de Coherencia y Consumo de tabaco en los adolescentes

Un interesante estudio de Harakeh, Scholte, de Vries y Engels (2006) pone de manifiesto que el tipo Resiliente de personalidad no resultó diferente de los tipos Supercontrolado e Infracontrolado respecto al inicio en el consumo de tabaco. Sin embargo, las dimensiones de personalidad Extraversión y Estabilidad emocional sí estaban relacionadas con la iniciación en el uso del tabaco, en 832 participantes alemanes de 13-17 años de edad. Tampoco se halló en este estudio que el orden de nacimiento influyera en la asociación entre personalidad y tabaco.

Los rasgos de personalidad se consideran factores de riesgo para el consumo de drogas y, a su vez, las sustancias psicoactivas afectan los rasgos de los individuos. Además, hay un creciente interés en el desarrollo de enfoques de tratamiento que

corresponden al perfil de la personalidad de un individuo. La revisión de los estudios con muestras comunitarias revela que la Extraversión es el mejor predictor del consumo de tabaco, seguido de un alto Neuroticismo.

En un meta-análisis sobre nueve estudios que relacionaban los Cinco Factores de la personalidad con el consumo de tabaco (Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2006), sumando en total 4730 participantes en las investigaciones, los factores más fuertemente asociados al tabaco eran la baja Responsabilidad, la baja Amabilidad y el alto Neuroticismo.

Terracciano, Lockenhoff, Crum, Bienvenu y Costa, (2008) en una muestra de 1102 adultos encontró una fuerte relación entre el comportamiento de fumar con alto Neuroticismo y baja Responsabilidad. La investigación de la personalidad puede llevar a una comprensión más profunda de los fumadores. Aquellos que muestran mayores niveles de Neuroticismo pueden fumar para aliviar la angustia emocional.

Estudios posteriores han puesto de manifiesto la asociación del factor Responsabilidad (baja) y Neuroticismo (alto) con el Consumo de tabaco (Sutin, Terracciano, Deiana, Naitza, Ferrucci et al., 2010; Conner, Grogan, Fry, Gough y Higgins (2009). En otro estudio (Hong y Paunonen, 2009) los factores más relacionados con el uso del tabaco han sido la baja Responsabilidad y la baja Amabilidad.

Chapman (2009), utilizando los datos de 2429 individuos de la Encuesta Nacional de Estados Unidos, encontró que una mayor Educación se asoció fuertemente con no fumar (ex-fumadores y no fumadores). Las personas con los rasgos de personalidad mayor Apertura y menor Responsabilidad, representan un grupo más susceptible al riesgo de comenzar a fumar asociado con menos educación. Sin embargo, lo que no siempre está de acuerdo con la literatura existente, la variable Neuroticismo aumentó en vez de disminuir la probabilidad de haber dejado de fumar en los fumadores.

En adolescentes mayores, entre los 15 y 18 años, se puede esperar que su orientación hacia hábitos saludables en su comportamiento tenga un pronóstico más favorable con respecto a su salud psicológica futura. La asociación del Sentido de

coherencia con dimensiones de personalidad nos permitirá aproximarnos a la predicción, a partir de la personalidad, de un Sentido de coherencia y de actitudes consideradas de vida saludable (Sollerhed, Ejlertsson y Apitzsch, 2005). O también conocer la relación de variables relativamente estables con hábitos de tanta preocupación para la salud como el Consumo de tabaco (Glanz, Maskarinec y Carlin, 2005) y el cuidado de la salud en general según el Sentido de coherencia en gente de edad inferior a los adolescentes (Jellesma, Rieffe, Terwogt y Kneepkens, 2006).

Los investigadores han encontrado que en adultos el Sentido de coherencia está relacionado con el hábito de fumar (Igna, Julkunen y Ahlstrom, 2008) cuando se han preocupado por la psicología de la salud. Concretamente, con el Sentido de coherencia de 13 ítems hallaron Igna et al. (2008) que la conducta de consumir tabaco estaba relacionada con los niveles de Sentido de coherencia de individuos hipertensos: los fumadores tenían una media inferior de Sentido de coherencia que los no fumadores, sin que las diferencias de género influyesen en los resultados.

En el trabajo de Gajdosova, Orosova, Geckova, Tavel. y van Dijk (2009) se han empleado las medidas de las dimensiones de personalidad según el modelo de Eysenck (Neuroticismo, Extraversión y psicoticismo), junto con las medidas del Sentido de coherencia y de la autoestima en estudiantes universitarios con una media de edad de 20 años. Los resultados indican que, en mujeres, la alta Extraversión a la que se añade una muy baja Autoestima e inferior Significación (dimensión del Sentido de coherencia) son factores que incrementan la probabilidad de ser fumadora. Advierten Gajdosova et al. (2009) de la importancia que tiene la personalidad en la Promoción de la Salud, siendo la Extraversión y la baja Autoestima factores de riesgo y, por otra parte, la Significación aparece como un factor protector en relación con el uso del tabaco.

Towns, DiFranza, Jayasuriya, Marshall y Shah (2015) estudiaron entre otros aspectos la adicción a la nicotina, los factores de riesgo y los datos demográficos de tabaquismo en los adolescentes. Confirmaron que los adolescentes viven cambios de personalidad, del comportamiento y socioculturales que les hacen especialmente vulnerables al inicio de fumar y a la adicción a la nicotina. Por su parte, DiFranza,

Ursprung y Carson (2010) abordan lo que llaman la fuerte tendencia a fumar, o compulsión, a partir de un estudio en una serie de 50 casos. Se muestran sorprendidos de que no se hayan hecho más estudios sobre la aparición de la adicción a la nicotina en la adolescencia, sabiendo que dicha adicción se considera una condición totalmente nociva para la salud. Dicen textualmente que durante décadas la investigación sobre la adicción a la nicotina se ha hecho en adultos, precisamente porque se suponía que los fumadores adolescentes no eran adictos, lo que hacía pensar que poco o nada se podía aprender de ellos sobre la adicción al tabaco. Se ha venido excluyendo de los grupos de adicción al tabaco a los individuos y adolescentes que fumaban menos de 10 cigarrillos al día, todo ello debido a la observación de Russell (1974), quien asumía que los síntomas de abstinencia de nicotina aparecían si la tasa de nicotina inhalada era alta, algo así como fumar cada 20-30 minutos. En su trabajo, DiFranza et al. (2010) analizan la aparición de la necesidad imperiosa de fumar con una periodicidad que va acortando las latencias durante el día, en contraposición a los principiantes que pueden pasar semanas entre un cigarrillo y el siguiente.

A pesar de las anteriores observaciones, algunos trabajos previos (v.g., Glanz, Maskarinec y Carlin, 2005) han llamado la atención sobre la fuerte asociación del Sentido de coherencia en adolescentes con el tabaco, recomendando la aplicación de programas de intervención con la finalidad de incrementar el Sentido de coherencia de los adolescentes, lo cual supuestamente conduciría a reducir el consumo de tabaco.

4.6. El tabaquismo en el contexto escolar

Es bien conocido que una mayor educación se asocia con frecuencia a fumar menos y que la escuela es un lugar fundamental para adquirir hábitos saludables y la época idónea para prevenir la iniciación del consumo del tabaco. Sin embargo al investigar la literatura existente, comprobamos que los programas de prevención del tabaco implementados en las escuelas no han obtenido los resultados esperados. La poca eficacia de estos programas en los adolescentes es una de las grandes polémicas que existen en la investigación.

Los resultados del conocido programa escolar *Hutchinson Smoking Prevention Project*, a pesar de la rigurosa implementación, a largo plazo no fueron los esperados por la comunidad internacional (Peterson, Kealey, Mann, Marek y Sarason, 2000).

Los resultados de las intervenciones de prevención de fumadores desarrolladas en Portugal no son claros. Saboga-Nunes y Rodrigues (2014) estudiaron una muestra de 1155 adolescentes de las escuelas portuguesas, encontrando una asociación positiva estadísticamente significativa entre el más alto Sentido de Coherencia y los hábitos en los no fumadores. Estos autores concluyen que en la identificación de las estrategias para disminuir el consumo de tabaco se podría incluir el Sentido de Coherencia.

Aunque disponemos de información sobre los aspectos relacionados con la eficacia de los programas de prevención de consumo de sustancias en el ámbito escolar, existen aún datos contradictorios que hacen necesario continuar investigando. Una investigación sobre las variables que, según los estudios de revisión, fomentan la eficacia de estos programas realizó una búsqueda sistemática de la literatura que dio lugar a la extracción de 1622 artículos y al análisis final de 17 estudios de revisión. Su análisis permitió identificar 29 variables relacionadas con la eficacia de los programas, las cuales fueron ordenadas según el peso de su evidencia empírica. (Jimenez, Antolin-Suarez, Oliva, Hidalgo, Jimenez-Iglesias, Lorence, Moreno, y Ramos, 2014).

La iniciación del consumo de tabaco y la progresión hasta el consumo regular y la dependencia es un proceso muy complejo, sujeto a la influencia de variables individuales, psicosociales y del contexto donde el adolescente está inmerso. Los programas de prevención implementados en la escuela, que enfocan sólo la dimensión individual, pueden ser insuficientes para obtener resultados positivos (De Vries, 2007).

Vitória (2010) en su tesis doctoral estudió la relación entre la influencia social, la intención de fumar y el comportamiento tabáquico. Propuso un modelo de influencia social estudiando adolescentes entre 13 y 15 años. Confirmó que la intención de fumar, la autoeficacia y la influencia social eran los principales determinantes del comportamiento tabáquico. Los programas escolares desarrollados

a partir de la influencia social parecen ser los más evolucionados, pero su efectividad no ha podido ser demostrada. Según Vitória, los programas, para ser efectivos, deben ser implementados de forma continuada, durante tres años por lo menos e integrar medidas centradas en los adolescentes y en su contexto social (escuela, familia y comunidad).

Un programa europeo de investigación-acción, el *European Smoking Prevention Framework Approach* (ESFA), integrado por seis países, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Portugal, España y el Reino Unido, fue iniciado en febrero de 1997 consiguiendo resultados significativos en algunos países como Portugal y España, pero no en otros. Esto sugiere la existencia de diferencias socioculturales entre los países en relación con los factores asociados al tabaquismo que deben ser estudiados.

Ariza, Nebot, Tomás, Giménez, Valmayor, Tarilonte y De Vries, (2008) analizaron los efectos longitudinales del proyecto ESFA en 1080 alumnos españoles. A los 12 meses de implementación del proyecto, el 4,5% de los varones y el 5,6% de las niñas del grupo experimental eran nuevos fumadores, frente a 6,7% y 11,7% del grupo control ($p < 0,001$). A los 36 meses, el 18,6% de los varones y el 31,2% de las niñas del grupo experimental eran fumadores regulares en comparación con el 21,6% de los varones y el 38,3% de las niñas del grupo control ($p < 0,001$).

Vitória (2010) evaluó el proyecto ESFA en un programa longitudinal realizado entre 1999 y 2002 en las escuelas de la provincia de Lisboa, integrando actividades en la escuela, familia y comunidad. Fueron estudiados 1.205 adolescentes, con una edad media de 13,1 años, al inicio de los cursos 7º, 8º y 9º y al final de 9º curso. A nivel individual fue utilizado el programa *Querer é Poder I* (Vitória, 2000) que trata sobre el impacto del tabaquismo en la salud y cómo evitar fumar y el programa *Querer é Poder II* (Vitória, 2001) con características semejantes pero centrado en el tabaquismo pasivo. Hubo una disminución de la iniciación y del tabaquismo regular al final del proyecto, el grupo de intervención obtuvo mejores resultados en los determinantes psicosociales del tabaquismo y en el comportamiento. La diferencia fue significativa. Al final del 9º curso, habían iniciado el consumo de tabaco 41,8% de los que participaron en la intervención y 53,3% los controles ($p < 0,000$). Al final eran fumadores regulares

8% de los participantes en la intervención y 12,4% de los controles ($p < 0,000$). Los resultados surgieron en el segundo año y mejoraron en el tercero. Con este programa los jóvenes manifestaron una actitud contra el tabaco, elevada Autoeficacia para rechazar fumar y las influencias sociales a favor de fumar fueron bajas o negativas. Los resultados de estas experiencias apoyan la idea de que la efectividad de los programas de prevención del tabaquismo depende de la implementación continuada a lo largo de la adolescencia y de la integración de medidas dirigidas directamente a los adolescentes e indirectamente a su contexto social (Vitória, 2010).

Ante la situación que hemos referido de los jóvenes en Portugal, el Departamento de Salud Pública de la Administración Regional del Norte en colaboración con la Dirección Regional de Educación del Norte de Portugal creó en 2006 el *Programa Escolas Livres de Tabaco* (PELT), con la finalidad de evitar o retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco en los alumnos de tercer ciclo de enseñanza básica y secundaria de las escuelas públicas en la Región Norte de Portugal donde están incluidas las escuelas de nuestra investigación. Este Programa que incluye la utilización de los dos manuales *Querer é Poder I* y *II* (Vitória, 2000, 2001) tiene como objetivos:

- 1) Incluir la prevención y control del tabaquismo en el currículo escolar y formar a los profesores en tabaquismo.
- 2) Ayudar a los alumnos para que adopten estilos de vida saludables.
- 3) Promover el abandono de su consumo en la comunidad escolar y colaborar con la comunidad en general promoviendo ambientes saludables.

Al contrario de los programas basados en la transmisión de información y aumento de conocimientos que se han demostrado ineficaces, el Programa Escolas Livres de Tabaco intenta desarrollar las competencias personales y sociales para un cambio efectivo de comportamientos, siendo una importante herramienta de promoción de la salud que mejora la autoestima y la asertividad de los jóvenes, ayudándoles a tomar decisiones informadas y responsables en relación al consumo del tabaco. En este contexto, un estudio realizado en 2013 con el objetivo de caracterizar

el consumo de tabaco y monitorizar la prevalencia de fumadores en 774 alumnos de 7º, 9º y 12º curso de las escuelas de Póvoa de Varzim y Vila do Conde, encontró que 9,7% fumaban, de éstos, un 60% lo hacían diariamente. Al aumentar la edad, aumentaba el consumo de tabaco. En las escuelas que implementaban el Programa Escolas Livres de Tabaco había una diferencia significativa de fumadores (2,5%) en comparación con las otras (11%). En las escuelas con Programa el inicio del consumo era más tardío ($p=0,03$). Un 25% fumaba porque sentía bienestar (Maia, Oliveira y Conde, 2014).

Una perspectiva de la evolución de la prevalencia del tabaquismo es la monitorización a través del estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) de la OMS. En Portugal es realizado cada cuatro años por el equipo de Aventura Social coordinado por la Profesora Margarida Gaspar Matos. En el HBSC de 2014 fueron estudiados 6026 alumnos, entre los 10 y los 20 años de edad, de 6º 8º y 10º año escolar en Portugal Continental. Los resultados publicados en el informe nacional A Saúde dos Adolescentes Portugueses, revelan que la mayoría de los jóvenes (77,8%) no han fumado nunca. La media en que fumaron por vez primera los jóvenes del sexo femenino fue de 13,4 años, los del sexo masculino fue 11 años. Existen diferencias entre los jóvenes, los del Algarve son los que más fuman y más tristes y deprimidos se sienten, también son los que más refieren ser víctimas y agresores. (Matos, Simões, Camacho, Reis y Equipa Aventura Social, 2014).

García-Moya, Jiménez-Iglesias y Moreno (2013) estudiaron las relaciones entre el Sentido de coherencia y el consumo de sustancias en 5475 adolescentes españoles y analizaron el efecto moderador de los patrones de consumo de sustancias en el grupo de iguales. Los adolescentes, de 15 a 18 años eran participantes en la edición 2010 del estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC). Los análisis de clúster identificaron tres grupos de adolescentes según los patrones de consumo de sustancias en su grupo de iguales. Encontraron que un fuerte Sentido de coherencia parecía reducir la probabilidad de consumo de tabaco, pero este efecto protector estaba moderado por los patrones de consumo del grupo de iguales. El Sentido de coherencia tuvo un efecto protector significativo en los adolescentes cuyo grupo de

iguales mostraba un patrón de no consumo o de frecuente consumo de alcohol y episodios de embriaguez ocasionales, pero el efecto del Sentido de coherencia desapareció si el patrón de consumo de los iguales incluía drogas ilegales. Concluyeron que el Sentido de coherencia tiende a actuar como un factor protector individual respecto al consumo de sustancias durante la adolescencia, pero este efecto protector parece estar moderado por el grupo de iguales.

Otra fuente de datos sobre el consumo de tabaco y otras drogas en los adolescentes europeos, es el *Estudo sob Consumo de Álcool Tabaco e Drogas* (ECATD). En Portugal fue iniciado en 2003 por el Instituto de Droga e Toxico-dependencia portugués (IDT). Este proyecto incluye a los adolescentes de 13 a 18 años y aporta datos para el *Projecto European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) que en Portugal está coordinado por la profesora Fernanda Feijão y, desde 1995, estudia cada cuatro años a los alumnos de las escuelas públicas hasta los 16 años. Los datos de ESPAD coinciden en lo esencial con los de HBSC (Feijão, Elsa Lavado y Calado, 2011).

Capítulo 5. La Ideación suicida.

5.1. Un problema de salud pública

El suicidio es un grave problema de salud pública mundial que debe abordarse multisectorialmente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 800000 personas mueren cada año por suicidio en el mundo, lo que supondría hablar de un suicidio cada 40 segundos. En 2012, se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio. Por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse. Tampoco incluyen las ideas suicidas que son mucho más frecuentes. El suicidio es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad (WHO, 2014).

Aunque antes de los 15 años el suicidio es poco frecuente, según estimaciones de la OMS es preocupante el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes de 15 a 24 años a nivel mundial, sobre todo en los hombres.

Las cifras de suicidios superan, cada año la suma de todas las muertes causadas por homicidios, accidentes de tráfico, guerras y conflictos civiles (Värnik, 2012).

El número de suicidios difiere según los países, el 75% de los casos se dan en países con índices de ingresos bajos o medios. Según la OMS (2014), seguramente el suicidio está sub-notificado, pues es un problema delicado e incluso ilegal en algunos países. En los países donde existen registros fiables, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente o por otra causa, en los países sin registro fiable de las muertes, los suicidios no cuentan estadísticamente (WHO, 2014).

A pesar de las limitaciones para tener una visión del suicidio en el mundo, por la falta de disponibilidad de datos y por los diferentes procedimientos de registro de suicidio entre los países, la OMS ha medido el suicidio desde 1950. En esa década Japón tuvo la tasa más alta, en las siguientes tres décadas fue Hungría y en 1990 Lituania. Durante los últimos 50 años, el centro del problema de la mortalidad por

suicidio se ha desplazado de Europa Occidental a Europa del Este y parece cambiar para Asia. China e India tienen el mayor número de suicidios en el mundo, la tasa de suicidios en Corea del Sur ha aumentado mucho en la última década. Estos datos no incluyen ni las muertes por lesiones de intención no determinada, ni las muertes por causas desconocidas que seguramente ocultan algunos suicidios. Los datos actuales de la OMS corresponden a más de 100 países. Se estima que en el mundo existe una diferencia de suicidios cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres, excepto en China donde las mujeres tienen una tasa de suicidio más alta que los hombres (Värnik, 2012).

En comparación con las tasas de suicidio padronizadas entre los Estados miembros de la Unión Europea, Portugal tuvo una de las tasas más bajas, a excepción del grupo etario de los 65 o más años de edad en que es superior. En los jóvenes entre los 15 y los 24 años de edad, el suicidio es la segunda causa de muerte, después de los accidentes de tráfico. Especialistas de diferentes áreas y con un reconocido valor en el área de la Suicidología en Portugal, hacen un análisis de la situación actual en Portugal (Saraiva, Peixoto y Sampaio, 2014).

El número de suicidios registrados en Portugal desde el inicio de los registros en 1902 hasta el año 2000, osciló entre 236 registrados en 1902 y 1033 en 1984. Y la tasa de suicidio, según datos del Eurostat, osciló entre 4,5 por 100.000 habitantes en 1999 y 10,3 en 2010 (Direção Geral de Saúde, 2013).

A partir del año 2000 se ha verificado un aumento importante de los suicidios. Según el Instituto Nacional de Estadística portugués, el número de suicidas varió entre 519 en 2000 y 1098 en 2010. En 2011 fueron registrados 1012 suicidios. En 2012, en Portugal, la tasa global de suicidio fue de 10,2 por 100 000 habitantes y, concretamente, en los adolescentes de los 15 a los 24 años fue de 3 por 100 000 habitantes, siendo 4,5 en los varones y 1,4 en las mujeres (Direção Geral de Saúde, 2013; Instituto Nacional de Estatística, 2014).

Hay que tener en cuenta que la investigación realizada en Portugal es escasa y estos números no son fiables por varias razones. Una de las razones es que Portugal ha

estado, durante mucho tiempo, entre los tres países de la Unión Europea con mayor número de muertes violentas de causa indeterminada. Algunas investigaciones realizadas en Portugal admiten que un porcentaje considerable de muertes violentas registradas como causa indeterminada corresponden a suicidios, y lo mismo ocurre, aunque con menos frecuencia, con las muertes atribuidas a accidentes o, incluso, a causas naturales. Otra de las razones por lo que estos datos no corresponden a la realidad, es la incorrección de los certificados de óbitos. Sin embargo, la Dirección General de la Salud de Portugal ha implementado, a partir de 2013, un nuevo sistema electrónico de información sobre los certificados de muerte, Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), que permitirá una mayor fiabilidad y evaluación objetiva de los datos de muerte a nivel nacional (Direção-Geral de Saúde, 2013).

Ante esta situación portuguesa, es importante, además de un mayor conocimiento del número de suicidios, conocer también del perfil de los suicidas. Uno de los indicadores que el Plano Nacional de Prevención del Suicidio Portugués propone en la prevención del suicidio, es conocer el número de escuelas de segundo ciclo, de tercer ciclo y escuelas secundarias con acciones de lucha contra el estigma y prevención de la Ideación suicida, entre otros (Direção Geral de Saúde, 2013).

Cada suicidio tiene una gran repercusión en la vida de las familias, amigos y comunidades (Sampaio, 1991; WHO, 2014).

La mayoría de los suicidios, a nivel mundial, se podían haber prevenido. La prevención requiere una articulación entre múltiples sectores de la sociedad. Ningún abordaje singular es suficiente para la complejidad del suicidio. Las comunidades, los servicios de salud y la educación, entre otros, desempeñan una función crucial en la prevención del suicidio. Es importante la identificación precoz y el manejo eficaz para que las personas reciban la atención necesaria (WHO, 2014).

5.2. La Ideación suicida como inicio del proceso de suicidio

A lo largo del tiempo se han propuesto muchas definiciones de suicidio (Saraiva, 2006). En la realidad no existe ninguna teoría que explique el suicidio o la

Ideación suicida de una forma completa. Falta un mayor esclarecimiento e integración de los diferentes modelos existentes y, cuando hablamos de suicidio, es importante tener en cuenta que existe alguna dificultad en llegar a un consenso en la literatura existente (Saraiva, 2006).

Nosotros hemos considerado el suicidio como un proceso continuo que se inicia con la Ideación suicida para llegar finalmente al suicidio consumado. Específicamente, en relación a la Ideación suicida hemos considerado la definición propuesta por la Dirección General de la Salud portuguesa que refiere pensamientos e ideas sobre acabar con la propia vida, que pueden ser vistos como precursores de comportamientos autolesivos o actos suicidas. Pueden presentarse como deseos y/o plano para cometer el acto del suicidio, sin que exista necesariamente este paso al acto (Direção-Geral de Saúde, 2013).

La inclusión de la Ideación entre los comportamientos suicidas es un problema complejo en el que no coinciden los diferentes investigadores. La investigación del comportamiento suicida ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales. Es un fenómeno complejo, ningún factor es suficiente para explicar por qué se suicida una persona (WHO, 2014).

La idea de suicidio como un fenómeno progresivo, a lo largo de un continuo, que va desde el deseo de muerte hasta el suicidio consumado, es antigua y ha estado muy presente en la literatura en las últimas décadas. Este modelo de interpretación de las tendencias suicidas desde formas menos graves, pensamientos de muerte o Ideación suicida, a formas más graves, intentos y suicidios consumados, es importante para detectar las trayectorias suicidas en diferentes etapas y prevenir el suicidio. Este modelo dinámico, al contrario del convencional modelo estático que se centra en el suicidio consumado, ha despertado interés entre la comunidad científica. En este contexto, la Ideación suicida es una fase incipiente del complejo proceso del suicidio y, como consecuencia, un factor fundamental para el diagnóstico y la prevención del suicidio consumado (Sveticic y De Leo, 2012).

La prevalencia de fenómenos suicidas varían dependiendo de la terminología utilizada. Borges y Berlang (2006) se refieren a pensamientos de destrucción o ideas suicidas englobando deseos, actitudes o planos que el individuo tienen para poner fin a su vida. Estudiaron 526 adolescentes de 15 a 19 años y encontraron 36% con Ideación suicida. De estos 36% presentaron síntomas de depresión y 28,6% de desesperanza, variables asociadas a Ideación suicida. Las variables que estuvieron más asociadas a la Ideación suicida fueron ser mujer, tentativas de suicidio, tentativa de suicidio de un amigo, depresión y desesperanza. La mayor parte de los adolescentes con Ideación suicida tenían en torno a los 15 años. En este estudio, a medida que la edad aumenta, la Ideación suicida disminuye, existiendo una ruptura importante a los 17 años.

Sampaio, Oliveira, Vinagre, Pereira, Santos y Ordaz (2000) estudiaron 822 estudiantes entre 15 y 18 años de escuelas secundarias del Norte, Centro y Sur de Portugal (Lisboa, Santarém, Guimarães e Évora). Encontraron 34% de los casos con Ideación suicida y cerca de 7% habían realizado una o más tentativas de suicidio.

Evans et al. (2005) en una revisión sistemática de la literatura internacional sobre la prevalencia de fenómenos suicidas en adolescentes, incluyendo 128 estudios y 513.188 adolescentes, encontraron que la proporción media de los adolescentes que dijeron que habían pensado en el suicidio en algún momento fue del 29.9%, los que habían intentado suicidarse en algún momento de su vida fue del 9,7%. Las mujeres fueron significativamente más propensas que los hombres a informar fenómenos más suicidas.

Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler, y Lee (2008), en una revisión sistemática de estudios publicados entre 1997 y 2007 sobre la epidemiología del suicidio, encontraron que la prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes entre los 12 y los 17 años, de la población general, oscilaba entre el 1,5 y el 12,1%. La prevalencia de Ideación suicida oscilaba entre el 21,7 y el 37,9%. La presencia de Ideación suicida es habitualmente una señal de sufrimiento emocional grave y aparece como uno de los predictores de tentativas de suicidio y de suicidio consumado. Según algunos estudios, un tercio (34%) de las personas con Ideación suicida a lo largo de su vida elabora un

plano de suicidio y, de esos, 72% intentan suicidarse. De los individuos que presentan Ideación suicida pero que no elaboran un plano, 26% concretizan una tentativa de suicidio no planeada. En el primer año después del inicio de la Ideación suicida ocurren la mayoría de las tentativas de suicidio, planeadas o no planeadas. El paso de la Ideación suicida a la tentativa o al acto de suicidio, depende en gran medida de las variables psicosociales (Nock et al., 2008).

McLoughlin, Gould y Malone (2015) realizaron una revisión de la literatura de la investigación sobre el suicidio de adolescentes de 2003 hasta 2014, estudiaron de una forma particular la evolución epidemiológica de la edad, el género y la etnia indígena. Observaron en los adolescentes de todo el mundo la paradoja del género existente en la literatura, esto es, mayores tendencias suicidas en las mujeres (mayor Ideación e intentos suicidas) y mayores tasas de suicidio consumado en los hombres, con excepción de China y la India. Encontraron que los adolescentes de minorías étnicas nativas e indígenas tienen un riesgo significativamente mayor de suicidio que los adolescentes de la población general. Estos autores refieren que con frecuencia los que más precisan de atención de la salud mental, como el adolescente suicida, tienen menos acceso al apoyo terapéutico. También alertan para el sesgo relacionado con el desconocimiento real de los suicidios de adolescentes, debido a la falta de datos, sobre todo en los países en desarrollo.

Aunque la literatura apunta para un mayor número de suicidios del sexo masculino en el mundo, con la excepción de china, la mayoría de los estudios indican una mayor Ideación suicida y tentativa de suicidio en el sexo femenino (Beautrais, 2003).

Borges y Werlang (2006) afirman, en relación a la adolescencia, que las mujeres tienen dos veces más posibilidades de manifestar Ideación suicida que los hombres.

El período de la adolescencia es una fase de alteraciones y conflictos, en el que el adolescente buscando solucionar sus problemas puede recurrir a comportamientos agresivos, impulsivos o suicidas. Un joven piensa, amenaza o se suicida cuando le fallan los mecanismos de adaptación para aliviar el sufrimiento (Borges y Werlang, 2006).

La epidemiología ha ayudado a identificar factores de riesgo y factores de protección frente al suicidio en los grupos vulnerables y en la población general (WHO, 2014).

En relación a la infancia y adolescencia, hemos comprobado un mayor número de estudios centrados en los factores de riesgo que en los factores de protección.

Según Wasserman (2001), los comportamientos suicidas ocurren cuando los factores de riesgo están presentes y los factores de protección están ausentes. La presencia o ausencia de estos indicadores es lo que determinará la pérdida de control sobre la situación de la vida y, como consecuencia, la Ideación suicida, el intento o el suicidio consumado. Wasserman propone como indicadores de protección ante el suicidio, en primer lugar, las características de personalidad y estilos cognitivos como la apertura para la experiencia de los otros, para aprender; en segundo lugar, un modelo familiar con buenas relaciones; en tercer lugar propone factores culturales y sociales, como las buenas relaciones con los amigos y la participación en actividades sociales o religiosas, y, por último, factores ambientales como un ambiente libre de tabaco y de otras drogas (Wasserman, 2001).

Según Saraiva (2010) el suicidio es el acto más intrigante del ser humano, en el que confluyen múltiples factores tanto internos como externos del individuo. En un recorrido histórico del suicidio, desde la vertiente social de Durkheim al máximo dolor psicológico, perturbación y presión de Shneidman, destaca la duplicación de la tasa de suicidios en Portugal, en relación a la última década del siglo XX. Curiosamente, en un país tan pequeño como Portugal, la tasa de suicidios es asimétrica entre el norte y el sur del país. Las tasas en el bajo Alentejo son mucho mayores que las del Norte. Esta diferencia, según Saraiva, puede ser explicada por factores como un mayor aislamiento, envejecimiento, bajos niveles de formación y escolaridad, mayor número de divorcios, baja nupcialidad, desempleo, pobreza, baja religiosidad, desesperanza, alcoholismo, depresión, personalidad melancólica y falta de apoyos médicos y sociales (Saraiva, 2010).

Pereira y Cardoso (2015) realizaron una revisión de la literatura sobre la ideación suicida en universitarios, analizando la prevalencia y la relación con los factores comúnmente asociados, como depresión, soledad, consumo de drogas y otras variables sociodemográficas y académicas. Constataron que es innegable la existencia de ideación suicida en los universitarios y su prevalencia preocupante. Es importante desarrollar estudios comparativos con otros grupos etarios así como identificar las características personales y el contexto capaz de superar la ideación suicida.

La complejidad del suicidio implica múltiples factores de protección y de riesgo que, paradójicamente, no siempre coinciden en los diferentes estudios de investigación. Por ejemplo, la mayor parte de los estudios atribuyen mayor riesgo a dificultades económicas y peor calidad de vida, sin embargo, también existe algunos estudios que muestran una tendencia inversa. En este sentido, Rodríguez, Santander, Aedo y Robert (2014) compararon las tasas de suicidio de 82 países publicados por la Organización Mundial de la Salud, con la paridad de poder de compra (PPP) e índice de desarrollo humano (HDI) del año 2008, publicados por el Banco Mundial y las Naciones Unidas respectivamente. Obtuvieron una correlación positiva entre tasas de suicidio con PPP e HDI ($r = 0,3601$ y $r = 0,366$ respectivamente, $p < 0,01$). Es decir, paradójicamente mientras mejores indicadores económicos y de calidad de vida, encontraron mayores tasas de suicidio (Rodríguez et al. 2014).

Villalobos (2009) buscando un modelo explicativo de la Ideación suicida en los jóvenes, encontró que Autoestima, Solución de problemas, Apoyo social y Razones para vivir son factores protectores que correlacionan entre sí, al igual que correlacionan entre sí los factores de riesgo: Depresión, Desesperanza y Eventos vitales estresantes. Los dos bloques de factores tienden a covariar, de manera que si una variable es alta se puede esperar que las otras del mismo bloque sean también altas. Las relaciones negativas entre las variables protectoras y de riesgo actúan como si fuesen dos polos de un mismo fenómeno, como un continuum que va desde la alta salud mental (altos factores de protección y bajos factores de riesgo) a la baja salud mental (bajos factores de protección y altos factores de riesgo). Dada la fuerte interrelación negativa entre las variables, si una persona tiene niveles altos en un

bloque seguramente los tendrá bajos en el otro. Un resultado a tener en cuenta en la prevención de la Ideación suicida, es que la Autoestima y el Apoyo social son importantes en el momento inicial del proceso, mientras que las variables Solución de problemas y Razones para vivir, lo son directamente en las ideaciones suicidas ya existentes. Ante sus resultados, Villalobos sugiere investigar sobre otras variables, como la Resiliencia, que permitan al individuo con comportamientos suicidas recuperarse, adaptarse y afrontar de nuevo circunstancias difíciles, valorando más la existencia con sentido.

5.3. Ideación suicida y rasgos de personalidad

Beautrais (2003) realizó una revisión de la literatura en busca de los estilos cognitivos y rasgos de personalidad relacionados con la Ideación suicida en los adolescentes. Encontró, entre otras variables, un alto Locus de control externo, una baja Autoestima, alto Neuroticismo e Impulsividad. En la misma revisión encontró también las alteraciones que con más frecuencia se asocian a la Ideación suicida en los adolescentes, es el caso del comportamiento antisocial, las alteraciones afectivas como la depresión, el abuso de sustancias como el tabaco y drogas entre otras. Beautrais concluye que las tendencias suicidas son, con frecuencia, la culminación de secuencias adversas a lo largo de la vida que incluyen múltiples factores de riesgo. Beautrais, sugiere como prioridad investigar los factores de protección ante los comportamientos suicidas en los jóvenes.

Steele y Doey (2007), en una revisión sistemática de la literatura desde 1966, también identificaron el Neuroticismo, la tendencia a atribuir el control de su propia vida a factores externos y la Impulsividad como factores de riesgo en la conducta suicida de niños y adolescentes. Algunos factores de riesgo son fijos, como la edad y otros pueden ser susceptibles de intervención, como la enfermedad.

El modelo de los Cinco Factores ha sido con frecuencia relacionado con el comportamiento suicida por varios autores. Así, Velting (1999) afirma que los rasgos de personalidad asociados con tendencias suicidas en jóvenes adultos incluyen una asociación positiva con Neuroticismo y una asociación negativa con la Extraversión.

Kerby (2003), afirma que los rasgos de personalidad son fundamentales en la comprensión del comportamiento suicida. Basado también en el Modelo de los Cinco Factores, encontró en jóvenes adultos, asociación entre alto Neuroticismo y baja Extroversión con la Ideación suicida, esta también se relacionaba con baja Amabilidad y baja Responsabilidad.

Claes, Muehlenkamp, Vandereycken, Hamelinck, Martens y Claes (2010), compararon pacientes con tentativa de suicidio con pacientes sin tentativa de suicidio, encontrando niveles más altos de Depresión, Desesperanza, Ideación suicida y Neuroticismo y niveles más bajos de Extraversión; mostrando que los pacientes con tentativa de suicidio tienen estrategias de *coping* más pobres y menos razones para vivir.

También existe en la literatura, aunque en menor frecuencia, algunos estudios que relacionan el Sentido de coherencia con el suicidio. Así, Petrie y Brook (1992) reportaron una asociación entre las subescalas del Sentido de coherencia y el intento repetido de suicidio.

Mehlum (1998) relacionó también el Sentido de Coherencia de Antonovsky con la Ideación y comportamiento suicida en 663 reclutas noruegos. El Sentido de coherencia fue mayor en los jóvenes que no tenían Ideación y comportamientos suicida. El análisis de regresión múltiple reveló que el Sentido de coherencia es un buen predictor de la Ideación suicida en esta población no clínica, representando el 21% de la varianza total.

Giotakos (2003) estudió 1098 reclutas masculinos griegos encontró que todos los subgrupos con Ideación suicida o comportamiento suicida mostraban significativamente un menor Sentido de coherencia en comparación con el total de la muestra. Encontró también que los jóvenes con consumo de sustancias, en el pasado o en el momento del estudio, tenían mayor Ideación suicida en comparación con los que no tenían antecedentes de consumo de sustancias.

Ristkari (2005) asoció Sentido de coherencia con tendencia suicida, problemas de salud mental y consumo de drogas. Concluyó que el Sentido de coherencia es una

construcción válida en la evaluación psiquiátrica de los adolescentes. Demostró que el SOC-13 puede ser utilizado tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica para evaluar los recursos de salud de los adolescentes.

Como en nuestro estudio, encontramos también estudios que relacionan el suicidio con los siguientes tres prototipos de personalidad existentes en la literatura: prototipo de personalidad Vulnerable, el prototipo Infracontrolado y el Resiliente. Martínez (2012) encontró asociación significativa entre el prototipo de personalidad Vulnerable, el prototipo Infracontrolado y el Resiliente, con una mayor Ideación suicida en el grupo de Vulnerables seguido del Infracontrolado y con una menor Ideación suicida en el grupo de Resilientes.

Ante el aumento mundial de las muertes por suicidio en los últimos años, existe consenso en la literatura general sobre la necesidad de implementar programas de prevención, principalmente en los adolescentes. Bustamante y Florenzano (2013) realizaron una revisión de la literatura de los programas de prevención de suicidio en los establecimientos escolares, concluyeron que varios programas consiguen una disminución de la Ideación y de la conducta suicida en la población estudiada, especialmente cuando implementan más de una intervención. Al contrario de lo que ocurre en los adultos, son pocos los adolescentes que piden ayuda por Ideación suicida, ya sea a un adulto (padres, familiares, médicos, psicólogos) o a sus propios pares. Esto dificulta la detección y el tratamiento oportuno de los jóvenes en riesgo de morir por suicidio, por lo que es importante su detección precoz en los colegios. Según Bustamante y Florenzano, existe cierto consenso en que detectar la Ideación suicida en los colegios es la alternativa más eficaz para prevenir el suicidio en los adolescentes.

Las acciones de rastreo en las escuelas tienen como objetivo identificar casos de riesgo que necesiten de evaluación más específica y de intervención clínica (Brás y Santos, 2014).

Capítulo 6. Otras variables estudiadas

6.1. Ideas Religiosas

Uno de los primeros problemas que surgen a la hora de estudiar las ideas religiosas desde un punto de vista psicológico, es la delimitación del propio concepto. La etimología del término religión ha sido debatida durante siglos. La religiosidad se puede encontrar en las diversas dimensiones de la vida personal y social. Podemos hablar de religión como un modo de sentimiento, un modo de pensar o incluso un modo de relacionarse. Actualmente, la mayoría de los autores están de acuerdo en el carácter multidimensional y multifactorial complejo de las actitudes religiosas. Es importante clarificar el concepto y la dimensión utilizada por los diferentes investigadores en sus estudios.

Los criterios y variables para medir la religiosidad a lo largo de la historia han sido diferentes. Las investigaciones rigurosas son escasas. Michaels (1956) realizó un rastreo sobre los trabajos de religión publicados en *psychological abstracts* entre 1927 y 1953. Concluyó que solo un 12% eran claramente empíricos, con un promedio menor de 6 por año. (Michaels, 1956).

Cotton, McGrady y Rosenthal (2010) revisaron y evaluaron las tendencias en la medición de religiosidad y salud en adolescentes con el fin de informar y mejorar las investigaciones futuras. De los 100 artículos de investigación revisados, sólo 15 representaron temas relevantes como la participación en un grupo religioso, la religiosidad de los padres o el lenguaje apropiado para su edad. La investigación se reforzaría incorporando herramientas de medición de religiosidad y salud pertinentes, psicometría y medidas multidimensionales.

La escasez de instrumentos válidos para estudiar la práctica religiosa en diferentes culturas llevó a la Organización Mundial de la Salud a incluir, dentro de una perspectiva transcultural, un dominio llamado "espiritualidad, religiosidad y creencias personales" (SRPB) en su instrumento genérico de evaluación de la calidad de vida: WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life Instrument – 100 items*). El

instrumento WHOQOL-SRPB ha sido desarrollado e implementado en diferentes países y culturas. El SRPB es un constructo coherente que puede funcionar como una estrategia para enfrentar los problemas, pues da significado al comportamiento humano e influye en la calidad de vida. Un estudio internacional en 18 países (n = 5087) mostró que este constructo (espiritualidad, religión y creencias personales) fue altamente correlacionado con todos los dominios de WHOQOL (WHOQOL SRPB Group, 2006).

Actualmente, entre los investigadores, existe un gran interés y discusión sobre el estudio de la psicología de la religión. Algunos autores no admiten la experiencia religiosa bajo criterios empíricos, pero a la vez no pueden negar, ante la evidencia científica, los efectos beneficiosos y duraderos para el individuo. La discusión sobre la religión continúa, principalmente por la dificultad metodológica de probar la existencia de la fe.

En esta tesis asumimos que existen muchas definiciones de religión desde los diferentes puntos de vista de las ciencias humanas, pero es difícil encontrar una definición exhaustiva del fenómeno religioso debido a su complejidad, no existe un consenso único. La antropología ha recogido manifestaciones religiosas desde el inicio de la existencia del hombre y éstas han influido decisivamente en la configuración de las diversas culturas y sociedades. El hombre ha usado la religión para encontrar sentido a su existencia y explicar el mundo. La filosofía de la religión estudia lo trascendente y su papel en la vida humana. Filosóficamente, la religión puede ser un estilo de vida, un camino hacia la plenitud. La Espiritualidad moderna está más dirigida al crecimiento interior. Los sociólogos consideran el fenómeno religioso como un aspecto casi imprescindible de la organización social. A través de la historia el fenómeno religioso ha sido un factor social importante. Las organizaciones religiosas siempre han tenido una gran influencia en la sociedad. A principios del siglo XX, los fenómenos del comportamiento espiritual y religioso adquieren un carácter más científico y surge la psicología de la religión, que analiza el fenómeno religioso psicológicamente, estudiando las correlaciones entre biología, modelos de personalidad y religiosidad.

Una vez que los conceptos de religión, religiosidad y espiritualidad están frecuentemente relacionados en la literatura, nosotros hemos optado por incluir la variable Idea religiosa de esta tesis sin pretender definir la religión en su totalidad, sino la idea religiosa como subjetividad religiosa del individuo, que es el campo propio de la psicología religiosa.

El psicólogo y filósofo William James (1842-1910) es considerado por muchos autores el primer gran clásico de la psicología de la religión con su obra *The varieties of religious experience* (James, 1902). James diferencia entre la religión como institución (grupos religiosos y su organización), la religión como práctica personal (vivir experiencias místicas) y diferencia entre religiosidad sana y religiosidad enfermiza. La espiritualidad es universal, aunque el contenido de las creencias varía de una cultura a otra. La espiritualidad y la religión se refieren a las experiencias, actos y sentimientos, del hombre individual en su soledad, estando en relación con lo que consideran divino. Afirma que la Religión nos puede ser útil si no implica la creencia en dioses ni en espíritus, sino que hace referencia a aquella experiencia que se relaciona con los conceptos de ser y de verdad.

Granville Stanley Hall (1844-1924), hizo su doctorado en psicología bajo la supervisión de William James, en la Universidad de Harvard. En su obra *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, editada en 2 volúmenes, describió la adolescencia como un periodo de ruptura y extremismo. Hall describe la adolescencia como un estado de transición turbulenta con tendencias contradictorias. El adolescente puede pasar de la euforia a la depresión, de la hiperactividad a la indiferencia, del egoísmo al altruismo idealista. Puede desear la soledad y al mismo tiempo querer integrar grupos y tener amistades, que suelen tener gran influencia sobre él. Desea encontrar ídolos pero rechaza la autoridad. Hall elaboró la teoría psicológica de la recapitulación, según la cual el desarrollo de cada ser humano se realiza en etapas similares a los períodos históricos, es decir, el ser humano, a partir de un comportamiento primitivo y salvaje, va transformándose hasta llegar a una forma de vida más civilizada en su madurez. Hall propone las siguientes etapas evolutivas. La infancia, desde el nacimiento hasta los

cuatro años. La niñez, entre los cuatro y los ocho años. La juventud o pre-adolescencia, desde los ocho a los doce años, en la que el joven reitera la vida rutinaria del salvajismo. Éste es el período de adaptación, adiestramiento, disciplina y el mejor momento para el aprendizaje. La adolescencia es la etapa comprendida entre la pubertad, los doce o trece años, hasta llegar al estado de adulto pleno, entre los 22 y 25 años. Al final de la adolescencia llega la madurez y termina el proceso evolutivo. Hall insistió en que no se puede comprender el desarrollo del niño y del adolescente sin comprender la religión y su transformación en la vida de los jóvenes (Hall, 1904).

A mediados del siglo XX adquieren importancia las investigaciones relacionadas con espiritualidad, religión y salud.

Pargament (1997) desarrolla su modelo de “*coping* religioso”, como tipo de afrontamiento que utiliza creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes, así como para facilitar la resolución de problemas. Pargament refiere tres estilos de afrontamiento religioso (autodirigido, elusivo o evitativo y colaborativo) asociados al nivel de competencia, fundamentalmente al sentido de control personal, la habilidad para la solución de problemas y la autoestima.

Weber y Pargament (2014) afirman que la religión y la espiritualidad tienen la capacidad de promover o dañar la salud mental de los creyentes a través de un afrontamiento positivo o negativo, por lo que este potencial exige una mayor conciencia de los profesionales y de la investigación en el campo de la salud mental.

Panzini y Bandeira (2007) realizaron una revisión de la literatura, entre 1979 y 2006, sobre el *coping* religioso/espiritual como uso de la religión, espiritualidad o fe para enfrentar el stress. Concluyeron que la evaluación espiritual del paciente, puede ser un importante recurso con un impacto significativo en la salud y en la calidad de vida de la población, reduciendo gastos de intervención en términos de salud pública (Panzini y Bandeira, 2007).

Abu-Raiya y Pargament (2015) revisaron y compararon muestras de diferentes grupos religiosos concluyendo que las personas usan el afrontamiento religioso

positivo con mucha más frecuencia que el negativo. Las personas a través de diversas tradiciones religiosas dependen de sus enseñanzas religiosas y espirituales, creencias y prácticas para hacer frente a las dificultades de la vida, desafíos y factores de estrés.

Koenig, McCullough y Larson (2001) analizaron la relación entre religiosidad/espiritualidad y salud a través de una revisión de más de 1.200 estudios realizados a lo largo del siglo XX. Los resultados fueron publicados en el “Manual de la religión y la Salud: un siglo de investigaciones revisadas” en el que afirman que la religión continúa teniendo un papel significativo en la vida de las personas. El 80% de los estudios revisados demuestran que existe una relación positiva entre religiosidad y bien-estar. Las creencias y las prácticas religiosas son estrategias eficientes de muchos pacientes para enfrentar las enfermedades. Existen estudios que demuestran que las actividades religiosas y espirituales reducen los síntomas de depresión y que existen psicoterapias de orientación religiosa eficaces.

Posteriormente, Moreira-Almeida, Lotufo-Neto y Koenig (2006) revisan más de 850 estudios publicados sobre la relación religión y salud mental, concluyendo que la participación religiosa se asocia generalmente con una mejor salud mental y con menos depresión y pensamientos suicidas. Encontraron una correlación fuerte, consistente e inversa entre religiosidad y uso de drogas tanto en adolescentes como en adultos. (Moreira-Almeida, et al. 2006).

Kub y Solari-Twadell (2013), realizaron una revisión de 36 estudios publicados entre 2007 y 2013 examinando la relación en la adolescencia la religiosidad/espiritualidad con el uso de sustancias, la medición y significado del concepto de espiritualidad y religiosidad, así como sus implicaciones en el desarrollo positivo de la juventud. Los resultados confirman una relación inversa entre la religiosidad y el consumo de sustancias, la falta de definición de la espiritualidad y la religiosidad, así como las medidas limitadas para hacer frente a estas construcciones. Los autores recomiendan el estudio interdisciplinar y la creación de herramientas coherentes con la etapa de la adolescencia.

Felipe, Carvalho y Andrade (2015), realizaron una revisión de la literatura entre 2003 y 2013 con el objetivo de identificar evidencias sobre la importancia de la religión/espiritualidad como protectores para el consumo de drogas. En la muestra, de 10 a 19 años, encontraron un efecto protector de la religiosidad y la espiritualidad en la prevención del consumo de drogas, siendo justificado por una menor interacción de los adolescentes con sus pares desviados, por las actitudes conservadoras de amigos y por altos niveles de bienestar.

Actualmente la espiritualidad y su relación con la salud se ha convertido en un paradigma de la práctica médica diaria. Espiritualidad y religiosidad son frecuentemente citadas como factores protectores de la salud. A medida que aumentan los estudios surgen los meta-análisis con conclusiones más sólidas. McCullough, Hoyt, Larson y Koenig. (2000), en un meta-análisis de 42 estudios independientes, evaluaron cerca de 125826 participantes y demostraron que el fenómeno religioso fue asociado significativamente con menor mortalidad (OR = 1,29; IC 95%, 1,20-1,39).

Un estudio sobre cristianismo, creencias paranormales y personalidad realizado en 11 escuelas secundarias de Inglaterra y Gales, encontró una disminución de la religiosidad tradicional y un crecimiento de las espiritualidades alternativas. La muestra fue de 2950 alumnos entre 13 y 16 años. La religiosidad se asoció con un bajo psicoticismo, mientras que las creencias paranormales se relacionaron con puntuaciones altas de psicoticismo (Francis, Williams y Robbins, 2009).

Rew, y Wong (2006) revisaron cuarenta y tres estudios entre 1998 y 2003 y la mayoría de los estudios (84%) mostraron que las medidas de religiosidad/espiritualidad tuvieron efectos positivos en las actitudes y comportamientos de salud. Aunque la mayoría de los estudios revisados fueron bien diseñados, no hubo coherencia en las bases teóricas y las definiciones operacionales de fenómenos religiosidad/espiritualidad.

Actualmente existen muchos estudios relacionando el contexto religioso con la salud física y mental, pero existen menos estudios relacionando

religiosidad/espiritualidad y personalidad. Muchos investigadores al estudiar las relaciones entre personalidad y religiosidad/espiritualidad, han utilizado las taxonomías de rasgos de personalidad descritas en el Modelo de los Cinco Factores. El propio Robert R. McCrae, considera que debían incluir variables religiosas en los diseños de sus investigaciones.

Alminhana y Moreira-Almeida (2009) revisaron investigaciones sobre esta última relación y encontraron los siguientes resultados: una alta Religiosidad asociada a bajo Psicoticismo y a alta Amabilidad y Responsabilidad. La Responsabilidad en adolescentes puede ser un predictor significativo para la mayor religiosidad en el joven adulto. Aunque encontraron asociaciones significativas entre religiosidad y personalidad, también encontraron que la creencia en una dimensión de Religiosidad, en una realidad trascendente o en un Dios personal, en algunos casos, parece no tener relación con ninguno de los cinco factores de personalidad, lo que parece indicar que la relación religiosidad/espiritualidad podría ser un potencial sexto factor de personalidad que no está presente en los modelos de personalidad actuales.

Saroglou (2010) argumentó, apoyándose en un meta-análisis de 71 muestras (N = 21715) de 19 países y una revisión de la literatura sobre la personalidad y la religión, que las diferencias individuales en la religiosidad pueden explicarse en parte como una adaptación cultural de los dos rasgos de personalidad básicos, Amabilidad y Responsabilidad. Mientras que la religiosidad extrínseca presenta un elevado neuroticismo, la religiosidad abierta o madura refleja estabilidad emocional (Saroglou, 2010).

Yonker, Schnabelrauch y Dehaan, (2012) utilizaron técnicas de meta-análisis para examinar la asociación entre la espiritualidad, religiosidad y variables psicológicas en 66273 adolescentes y adultos jóvenes, entre 1990 y 2010. La espiritualidad y religiosidad se asoció significativamente de forma negativa con comportamiento de riesgo y depresión, y de forma positiva, con bienestar y autoestima. También hubo una asociación positiva con las medidas de personalidad de Responsabilidad, Amabilidad, y Apertura.

La religión es un factor protector del suicidio (Nock, 2008). Nock, en su revisión sobre el suicidio, incluye, como factores protectores, aquellos que reducen la probabilidad de consecuencias graves en la presencia de riesgo elevado, las creencias religiosas, práctica religiosa y espiritualidad, objeciones morales del suicidio y el apoyo social y familiar.

Aunque en nuestros resultados las Ideas religiosas no correlacionan ni con los factores de protección ni con los de riesgo, nosotros hemos considerado esta variable como factor de protección por varias razones. En primer lugar, el grupo de los Resilientes de nuestra investigación es el que adquiere mayor valor en esta variable. Además la literatura en general considera la religión como factor de protección (Nock, 2008).

En relación a los comportamientos suicidas, ya Fernquist y Cutright (1998), al investigar 21 países (desde 1955 a 1989), demostraron la importancia de la religión y de la familia como factores protectores del suicidio.

Steele y Doey (2007) refieren como factores de protección la cohesión con el grupo de pares y las creencias religiosas.

Bonelli y Koenig (2013) revisaron estudios de investigación de 1990 hasta 2010 sobre la religión, la religiosidad, la espiritualidad y términos relacionados, encontrando correlación de la participación religiosa con una mejor salud mental en las áreas de depresión, abuso de sustancias y el suicidio.

La asociación negativa entre la religiosidad y el consumo de sustancias está bien establecida en la literatura pero se conoce menos el mecanismo que regula esta relación. Una investigación, utilizando los datos (36370) de la Encuesta Nacional de Estados Unidos 2002 sobre uso de Drogas y la Salud, concluyó que esta asociación no parece estar influenciada por cualquier tipo de apoyo social o el estado de salud mental (Edlund, Harris, Koenig, Han, Sullivan, Mattox y Tang, 2010).

6.2. Variables relacionadas con la escuela y los compañeros

Cuando nos propusimos estudiar variables relacionadas con la escuela, como el Rendimiento escolar, Faltar a clase o el Trato con los compañeros como factores de riesgo y de protección, es importante tener en cuenta que a veces nos referimos a los mismos constructos, pero en dimensiones o polos opuestos. Lógicamente la exposición a múltiples factores de riesgo tiene peores consecuencias en la salud de los adolescentes, pero la exposición a los mismos factores en el polo opuesto del constructo puede convertirse en un factor de protección. Por ejemplo, hemos considerado el bajo Rendimiento escolar como un factor de riesgo, pero en el otro extremo el alto Rendimiento escolar puede convertirse en un importante factor de protección. Y aunque hemos considerado, como la mayor parte de la literatura existente, el mayor Rendimiento escolar, Faltar menos a clase (o mayor asistencia a clase) y mejor Trato con los compañeros como factores protectores, también hemos considerado que nuestros adolescentes oscilan entre un extremo y otro de estas variables. Asumimos la dificultad a la hora de definir las y la complejidad de este proceso.

Matos, Gaspar, Vitoria y Clemente (2003) en un estudio de jóvenes portugueses, encontró el consumo regular de tabaco asociado a problemas emocionales, de relación y comportamiento. Los jóvenes fumadores demostraron una mayor distancia de la familia y de la escuela, pasando menos tiempo con los compañeros en la escuela y más tiempo fuera de ella. Mencionaron más síntomas de malestar físico y psicológico refiriendo ser menos felices. El mismo estudio verificó un aumento del consumo de tabaco en las jóvenes portuguesas.

Ciertas experiencias escolares pueden ser importantes en el desarrollo del Sentido de coherencia en la adolescencia. En este sentido el apoyo social que el adolescente recibe de los compañeros es un elemento esencial.

El Faltar a clase y el fracaso escolar es un problema multicausal que está a su vez relacionado con otros factores escolares, personales, familiares o sociales. En la literatura encontramos resultados consistentes que relacionan bajo Rendimiento

académico y fracaso escolar con el consumo de drogas. El grupo de iguales es uno de los factores de mayor impacto en la adolescencia y es el factor que mejor predice el consumo de drogas.

Los jóvenes con dificultades escolares, bajo Rendimiento académico, y con problemas de comportamiento tienen mayor riesgo de suicidio (Saraiva, 2006).

Arun y Chavan (2009) estudiaron el stress y la Ideación suicida en 2402 estudiantes con edades entre 12 y 19 años, encontraron una relación negativa estadísticamente significativa entre el Rendimiento académico y la Ideación suicida.

Donald, Dowera, Correa-Veleza y Jonesa (2006) asociaron como factores de riesgo de comportamientos suicidas: problemas de relación con los amigos y familia, aislamiento social, depresión, abandono escolar y el consumo de tabaco y alcohol y, como factores de protección incluyeron la relación social, la confianza en la resolución de problemas y el Locus de control. La relación social tendía a ser más protectora entre los que tenían mayor nivel de sintomatología depresiva que entre los de menor nivel, también era más protectora entre los que fumaban que entre los que no fumaban.

Los jóvenes con dificultades escolares y disminución del Rendimiento académico, que también presentan problemas de comportamiento, parecen estar en mayor riesgo de suicidio (Saraiva, 2006).

En la literatura es frecuente encontrar que los jóvenes que experimentan dificultades en la escuela están en riesgo de suicidio. Walsh y Eggert (2007), estudiaron 730 estudiantes de secundaria, de 14 a 21 años, con dificultades en la escuela. Examinaron los factores de riesgo y los factores protectores asociados con la conducta suicida entre los jóvenes que tenían problemas en la escuela (dificultades con el curso o falta de asistencia) y compararon estos factores entre el riesgo de suicidio y los subgrupos de riesgo no suicidas. Los jóvenes con riesgo de suicidio tenían niveles más bajos de Autoestima, autocontrol y capacidad de resolución de problemas, entre otros.

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPIRICO

Capítulo 7. Objetivos

El presente estudio pretende conocer mejor la personalidad de los adolescentes portugueses para poder intervenir posteriormente en la promoción de su salud.

Los objetivos de la presente investigación se sustentan sobre cuatro constructos, explicados en la primera parte de la tesis.

1. Sentido de coherencia, como puntuación global (SOC-13).

2. Control, como puntuaciones en Locus de Control y en Autoeficacia según la medición de las Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20).

3. Autoestima Global, en cuanto medida con la Escala de Autoestima de Rosenberg.

4. Los Cinco Factores de Personalidad, en cuanto medidos con una versión abreviada de la versión portuguesa del NEO PI-R (NEO-FFI).

En consecuencia, como objetivo general nos hemos propuesto un mejor conocimiento de la salud de los adolescentes portugueses, sobre todo psicológica, mediante el estudio de la relación entre el Sentido de coherencia de Antonovsky (Feldt y Rasku, 1998), y su personalidad, expresada ésta según el Modelo de los Cinco Factores medidos a través del Cuestionario NEO PI-R (Costa y McCrae, 1999, 2000); esto es, Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad. También interesan variables afines a estos factores, como los conceptos de Locus de control, de Rotter (Rotter, 1966), y Autoeficacia de Bandura (Bandura, 1987; Palenzuela, Prieto, Barros y Almeida, 1997; Choi, 2005), o la Autoestima medida con la Escala de Rosenberg (1965).

Como objetivos específicos, nos proponemos:

-Establecer niveles de Sentido de coherencia, para mejor analizar las características de la personalidad adolescente relacionadas positivamente con los niveles más altos de Sentido de coherencia de los adolescentes.

-Hallar correlaciones entre todas las variables utilizadas para detectar cómo se asocian a la salud psicológica y bienestar de los adolescentes.

-Formar grupos de sujetos a priori, es decir, según los sitúan sus puntuaciones alcanzadas en las distintas variables empleadas en la tesis, haciendo diferencias de medias entre los grupos.

-Además del acercamiento a priori, centrado en las variables, haremos comparaciones de grupos formados a posteriori, es decir, centrado en las personas. Todo lo cual nos permitirá caracterizar mejor las diferencias individuales existentes en los adolescentes manejando grupos más homogéneos de sujetos.

-Haremos análisis de mediciones sobre factores de riesgo y protectores, mediciones que hemos conseguido con escalas de ítem único: de riesgo, como Consumo de tabaco o la Ideación suicida; protectores, como el Rendimiento académico o su Preocupación religiosa. Este objetivo se orienta por el antecedente trabajo de Evans, Marsh y Weigel (2010) que conceptualiza el Sentido de coherencia de los adolescentes como una condición de resiliencia, la cual se mantiene a lo largo de la vida y se asocia con factores protectores y de riesgo.

- Analizar las tres dimensiones del Sentido de coherencia y posible predicción de conductas saludables.

- Buscar diferencias de género en las variables estudiadas, particularmente en relación con la Autoestima, la Autoeficacia, las dimensiones de personalidad y del Sentido de coherencia.

Pretendemos, como método de investigación, formar tipos de personalidad adolescente, basándonos en la medición de las dimensiones del NEO PI-R reducido (un NEO-FFI en portugués). Dicha tipología emana, mediante análisis de conglomerados,

de las dimensiones del modelo de los Cinco Factores usando un acercamiento centrado en las personas. Nos servimos del instrumento más usado para medirlos en lengua castellana, como es el NEO-FFI que es la forma abreviada del NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992, 1999), no existente en lengua portuguesa. Por ello, hemos utilizado los 60 ítems del NEO-FFI español seleccionados de la versión portuguesa del NEO PI-R. Los cinco factores, como desarrollamos en el Capítulo 2, son: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C).

También utilizamos otras escalas de probada relación con el bienestar psicológico de los adolescentes en torno a los 16 años, tales como la medida del Sentido de coherencia, sus Expectativas de Control, su Autoestima global y medidas como su percepción del Trato escolar, su Ideación suicida, su Consumo de tabaco, su Rendimiento académico o sus Ideas religiosas.

Una vez realizada la descripción de las escalas utilizadas en este proyecto, haremos los análisis requeridos por la estadística descriptiva de las variables utilizadas y la fiabilidad de su medida, para avanzar en la investigación con la formación de los grupos, tanto a priori por el nivel de su Sentido de coherencia, según las respuestas dadas al cuestionario Sentido de coherencia (SOC-13), como también a posteriori formando tipos de personalidad mediante análisis de conglomerados, con el procedimiento K-medias, sobre sus puntuaciones en las dimensiones del NEO-FFI utilizado como inventario de autoinforme.

Uno de los objetivos, como decimos, se concreta en el acercamiento centrado en las variables, diferenciando niveles de Sentido de coherencia tal como ya se ha hecho en otros estudios (v.g., Nielsen y Hansson, 2007). Nosotros proponemos cinco niveles de Sentido de coherencia global, utilizando así la variable del Sentido de coherencia como variable independiente o clasificadora. De este modo, podemos conocer cómo se comportan estos grupos de adolescentes, varones y mujeres, en otras variables (dimensiones de personalidad, Autoestima, Expectativas de Control con la Autoeficacia entre ellas, y otros factores protectores o de riesgo para la salud mental de los adolescentes).

Capítulo 8. Metodología

8.1. Participantes

En este estudio descriptivo participaron 725 jóvenes adolescentes de ambos sexos, entre 15 y 19 años (con una media de 17 años.) quienes contestaron a todos los cuestionarios de forma completa. De ellos, 285 (el 39%) eran varones y 440 eran mujeres (el 61%).

Se realizó un Pre-test entre los alumnos de tercer ciclo (9º, 10º, 11º e 12º año de escolaridad). Corregimos algunos errores (de traducción sobre todo) y optamos por descartar del estudio los alumnos de 9º año porque presentaron alguna dificultad al responder. Como consecuencia, la muestra de este estudio está compuesta por los alumnos de 10º año, 11º año y 12º año, último año de la Enseñanza Secundaria en Portugal, y último antes de la entrada a la universidad.

Fue seleccionado el 12º año de todas las escuelas públicas relativamente a 12º año de los dos grandes núcleos de mayor población de la provincia de Vila Real: Chaves y Vila Real. La muestra de los alumnos de 10º y 11º año fueron seleccionados aleatoriamente de Chaves.

La muestra está integrada por jóvenes de diferentes estratos socioeconómicos en régimen diurno y enseñanza regular.

El estudio se desarrolló desde los años 2006 a 2009. El criterio de inclusión fue ser alumno y estar presente en clase. Fueron descartados los alumnos que en el día en que se realizó el estudio faltaron a clase por enfermedad o por cualquier otro motivo. Solo hubo un alumno que se negó a responder por no controlar aún la lengua portuguesa, era extranjero.

8.2. Instrumentos de medida

8.2.1. El cuestionario de Sentido de coherencia abreviado (SOC-13)

El Sentido de coherencia se evaluó aplicando la versión abreviada, de 13 ítems (SOC-13), del Cuestionario de Orientación hacia la Vida (*Orientation to Life Questionnaire, OLQ*) de Antonovsky (1987), que consta de 29 ítems medidos mediante una escala tipo Likert de 7 puntos. El cuestionario evalúa tres componentes: Comprensibilidad, Manejabilidad y Significado. El Sentido de coherencia es un patrón cognitivo-motivacional o una orientación global en la forma de ver las situaciones de la vida. Antonovsky refiere que puede guardar relación con la salud influyendo en el proceso de evaluación que una persona hace de las situaciones como estresantes o no, moderando el grado de tensión que un estresor produce y moderando también las consecuencias adversas para la salud.

El Cuestionario se presenta con unas instrucciones concretas, que se han traducido al portugués.

Cuestionario de SENTIDO DE COHERENCIA (SOC-13)

(De Antonovsky, adaptado por D. Manga en la Universidad de León, 2006)

Instrucciones. Se pide contestar, con la mayor libertad y sinceridad (ya que es información confidencial y su único fin es el de investigación), a todos los 13 ítems o cuestiones que se plantean a continuación. Se da una sola respuesta a cada ítem o cuestión, **eligiendo y marcando con un aspa (X) un número del 1 al 7**; éstos son los dos extremos de una escala, con los correspondientes grados intermedios, para poder expresar mejor lo que piensas o sientes sobre esa cuestión o pregunta. Se ha de leer bien tanto el enunciado de cada cuestión como la orientación de la respuesta en cada extremo. Gracias por tu colaboración.

Adopta, para los ítems o cuestiones, el formato del diferencial semántico, tal como muestran los ejemplos de ítems seleccionados para cada componente.

La Comprensibilidad (C) se refiere a la capacidad de percibir los estímulos internos o externos como información ordenada, consistente, estructurada y clara, y no como algo caótico, desordenado o inexplicable (Antonovsky, 1987). Como es sabido, la ambigüedad, la incertidumbre y la dificultad para comprender situaciones en la vida son importantes fuentes de estrés, por lo que se cree que un elevado sentido

de Comprensibilidad favorecería la mejor percepción de las situaciones estresantes como explicables o con sentido (con independencia de que dichos estímulos o situaciones sean o no deseables).

Los ítems para Compresibilidad:

2. ¿Te has quedado alguna vez sorprendido/a por el comportamiento de personas que creías conocer bien?

Nunca me ha ocurrido ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Me ha ocurrido siempre

6. ¿Muchas veces sientes que te encuentras en una situación poco habitual, sin saber qué hacer?

Me ocurre frecuentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Nunca o raramente me ocurre

8. ¿Tienes sentimientos o ideas muy confusas?

Me ocurre frecuentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Nunca o raramente me ocurre

9. ¿Tienes sentimientos que te gustaría no tener?

Me ocurre frecuentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Nunca o raramente me ocurre

11. Cuando tienes que enfrentarte a un problema, generalmente acabas por comprobar que:

Valoraste mal la importancia del problema ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Valoraste correctamente la importancia del problema

Nota: El ítem 2 se puntúa de forma invertida: 7 = 1, 6 = 2, 5 = 3, 4 = 4, 3 = 5, 2 = 6, 1 = 7

La Manejabilidad (M) se refiere al grado en que la persona cree tener a su disposición los recursos adecuados para hacer frente a las demandas planteadas por la vida. Esta dimensión alude a creencias de afrontamiento positivo, refleja el grado de confianza en las posibilidades propias o ajenas con que se cuenta para afrontar con éxito los problemas. Cuanto más alto es este sentido de gestión de la persona, menos esta se siente afectada negativamente por los acontecimientos y menos considera la vida como antagónica (Antonovsky, 1987).

Los ítems para Manejabilidad:

3. ¿Te has sentido decepcionado/a por personas con las que de entrada contabas?

Nunca me ha ocurrido ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Me ha ocurrido siempre

5. ¿Tienes la sensación de que no eres tratado/a con justicia?

Muy frecuentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Raramente o nunca

10. Muchas personas (incluso las que tienen el carácter fuerte) a veces, en ciertas situaciones, se sienten unos fracasados. ¿Con qué frecuencia ya te sentiste así en el pasado?

Nunca ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Muchas veces

13. ¿Con qué frecuencia tienes sentimientos que dudas poder controlar?

Muy frecuentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Muy raramente o nunca

Nota: Los ítems 3 y 10 se puntúa de forma invertida: 7 = 1, 6 = 2, 5 = 3, 4 = 4, 3 = 5, 2 = 6, 1 = 7

La dimensión de Significado (S) hace referencia a la creencia en que la vida no carece de sentido y en que, a pesar de los problemas y dificultades, merece la pena esforzarse debido a que las experiencias se perciben como retos a los que enfrentarse, en vez de amenazas de las que uno tiene que librarse. E invierte sus recursos para superar las situaciones (Antonovsky, 1987).

Los ítems para Significado:

1. ¿Tienes la impresión de que no te interesas por lo que pasa a tu alrededor?

Muy rara vez no me intereso ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Con mucha frecuencia no me intereso

4. Hasta ahora en la vida:

No he conseguido los objetivos ni mi propio rumbo ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ He conseguido los objetivos y mi propio rumbo

7. Lo que haces diariamente es:

Una fuente de profunda satisfacción y placer ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Una fuente de sufrimiento y aburrimiento

12. ¿Con qué frecuencia sientes que las cosas que haces en tu vida diaria apenas tienen sentido?

Muy frecuentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Muy raramente o nunca

Nota: Los ítems 1 y 7 se puntúa de forma invertida: 7 = 1, 6 = 2, 5 = 3, 4 = 4, 3 = 5, 2 = 6, 1 = 7

Siendo así, la suma total de puntos en los 13 ítems del Sentido de coherencia expresa el grado en que la persona tiene sentimientos de confianza estables y dinámicos respecto a que:

a) los estímulos del ambiente interno o externo a lo largo de la vida están estructurados, son predecibles y explicables,

b) los recursos están disponibles para hacer frente a las demandas creadas por dichos estímulos, y

c) estas demandas son retos en los que vale la pena implicarse e invertir esfuerzo.

El constructo Sentido de coherencia ha sido utilizado como predictor en diversos estudios sobre la salud de las personas y su propia longevidad. Los mecanismos que explican su influencia sobre el nivel de salud tienen que ver con los efectos sobre el estrés, al que contrarrestan con la activación adecuada de los sistemas de respuesta psicobiológica. El cuestionario Sentido de coherencia, incluida su versión abreviada, SOC-13, ha demostrado buenas propiedades psicométricas en estudios previos (Antonovsky, 1993; Flannery, Perry, Penk y Flannery, 1994).

8.2.2. BEEGC-20. Batería de Expectativas Generalizadas de Control (Palenzuela, Prieto, Barros y Almeida, 1997)

Las escalas revisadas en Palenzuela et al. (1997) pretenden medir las tres Expectativas de Control anteriormente descritas, escalas que fueron desarrolladas simultáneamente en portugués y en español (Palenzuela, Almeida, Prieto y Barros, 1994). Esta revisión de Palenzuela et al. (1997) contiene cinco escalas, midiendo las tres primeras componentes del Locus de control, como se expone a continuación. Esta nueva versión lo es de una batería anterior de 28 ítems, y se compone sólo de 20

ítems: cuatro por cada una de las cinco escalas, Contingencia, Indefensión, Suerte o Azar, Expectativa de Autoeficacia y Expectativa de Éxito.

- 1) **Expectativa de Locus de control**, es una escala multidimensional al estar integrada por las tres dimensiones de *Contingencia* o Internalidad, *Indefensión* o no Contingencia y creencia en la *Suerte* o Azar.

Los cuatro ítems de *Contingencia* o internalidad son:

- (1) Lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo ponga.
- (6) Dependiendo de cómo yo actué así me irá en la vida.
- (11) En general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga.
- (15) Raramente me invaden pensamientos de inseguridad en situaciones difíciles.

Los cuatro ítems de *Indefensión* o no Contingencia son:

- (3) No merece la pena en absoluto esforzarse ni luchar en este mundo, todo está corrompido.
- (7) De nada sirve el que yo sea o no competente pues la mayoría de las cosas están amañadas.
- (12) Para qué engañarnos!, lo único que cuenta en esta vida son los "enchufes".
- (16) Nada importa lo que yo valga, todo está manejado por la gente con poder.

Los cuatro ítems de creencia en la *Suerte* o Azar son:

- (5) Lo que pueda sucederme en mi vida tendrá que ver con la suerte.
- (9) Sin la suerte poco se puede conseguir en la vida.
- (13) Para poder conseguir mis metas deberá acompañarme la suerte.
- (20) Creo mucho en la influencia de la suerte.

- 2) **Expectativa de Autoeficacia**

Los cuatro ítems de Autoeficacia son:

- (2) Son pocas las ocasiones en las que dudo de mis capacidades.
- (10) Me siento seguro de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria.
- (14) Raramente me invaden pensamientos de inseguridad en situaciones difíciles.
- (18) Me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida.

3) Expectativa de Éxito

Los cuatro ítems de Expectativas de éxito son:

- (4) Normalmente, cuando deseo algo, pienso que lo conseguiré.
- (8) Tengo grandes esperanzas de conseguir las cosas que más deseo.
- (17) Soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas.
- (19) Creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida.

Las instrucciones advierten que los 20 ítems son “afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes de tu vida”, sin que existan respuestas mejores que otras porque “cada uno tiene sus propias opiniones y forma de pensar”.

Los ítems se puntúan seleccionando de 1 a 9 para cada afirmación, en una escala tipo Likert, según se esté “totalmente en desacuerdo” (1) con valores intermedios hasta “totalmente de acuerdo” (9).

5.2.3. El Cuestionario Abreviado del NEO PI-R (NEO-FFI)

Utilizamos el Inventario NEO de Cinco Factores, NEO PIR en su versión abreviada NEO-FFI. Forma S del NEO PI-R que ofrece una medida de los cinco factores de la personalidad normal (Costa y McCrae, 2000), con 240 ítems en total y 6 facetas de cada uno de los cinco factores. Son cinco escalas de 12 elementos cada una: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Las respuestas se valoran desde 0 hasta 4 puntos, en una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde el extremo “en total desacuerdo” al extremo “totalmente de acuerdo”. La puntuación

total en cada factor se obtiene sumando los puntos de los 12 ítems, y abarca de 0 a 48 puntos.

El NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992; 1999, 2000) es un cuestionario de 240 ítems diseñado para operacionalizar el modelo de los Cinco Factores de personalidad. Pretende medir esos cinco factores, a su vez con seis facetas o subescalas cada uno. El NEO-PI-R, en cuanto a sus factores, lo mismo que en cuanto a sus facetas componentes, posee propiedades psicométricas adecuadas (Costa, McCrae y Dye, 1991). Existe también el NEO-FFI, que es una versión abreviada del NEO-PI-R de 60 ítems, 12 para cada factor según hayan tenido tales ítems pesos factoriales altos en ese factor. En Manga, Ramos y Morán (2004) pueden verse los comentarios y propuesta de mejora en la elección de los ítems de la versión castellana del NEO-FFI (Costa y McCrae, 1999). La versión abreviada consta de 60 elementos de la Forma S del NEO PI-R, en su versión portuguesa (Costa y McCrae, 2000), siendo los 60 ítems seleccionados los correspondientes al NEO-FFI español, algunos modificados según los resultados que algunas investigaciones hechas en la Universidad de León mostraron que con ellos se elevaba considerablemente la fiabilidad de las escalas.

Los Cinco Factores o Cinco Grandes (*Big Five*), se conocen por la letra inicial en inglés (Costa & McCrae, 1992). Los factores son: *Neuroticism (N)*, *Extraversion (E)*, *Openness to experience (O)*, *Agreeableness (A)*, and *Conscientiousness (C)*. En castellano: NEUROTICISMO (N), EXTRAVERSIÓN (E), APERTURA A LA EXPERIENCIA (O), AMABILIDAD (A) y RESPONSABILIDAD (C). La letra de cada uno de los Cinco Factores, seguida de un número del 1 al 6, sirve para indicar de forma abreviada las 30 facetas correspondientes. Dichas facetas aparecen a continuación, con letra-número y nombre de cada faceta (Costa y McCrae, 1999; 2000). Cada faceta se compone de 8 ítems.

El Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) que se ha utilizado en esta tesis es una versión abreviada de 60 elementos de la Forma S del NEO PI-R que ofrece una medida de los cinco factores de la personalidad normal (Costa y McCrae, 1999). Consta de cinco escalas de 12 elementos cada una: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C).

Tabla 5. Ítems de cada Faceta en los 60 del NEO-FFI, de los 240 del NEO-PI-R.

| Neuroticismo (N) y 6 Facetas | Ítems seleccionados en el Factor N |
|---|------------------------------------|
| N1: Ansiedad | 61, 91, 211 |
| N2: Hostilidad | 186 |
| N3: Depresión | 41, 71, 161, 191, 221 |
| N4: Ansiedad social | 136 |
| N5: Impulsividad | |
| N6: Vulnerabilidad | 86, 236 |
| Extraversión (E) y 6 Facetas | Ítems seleccionados en el Factor E |
| E1: Cordialidad | 32, 122 |
| E2: Gregarismo | 7, 37, 217 |
| E3: Asertividad | 192 |
| E4: Actividad | 137, 227 |
| E5: Búsqueda de emociones | 142 |
| E6: Emociones positivas | 117, 147, 177 |
| Apertura a la experiencia (O) y 6 Facetas | Ítems seleccionados en el Factor O |
| O1: Fantasía | 3, 63, 123, 213 |
| O2: Estética | 98, 128, 188 |
| O3: Sentimientos | |
| O4: Acciones | |
| O5: Ideas | 53, 113, 143, 173, 233 |
| O6: Valores | |
| Amabilidad (A) y 6 Facetas | Ítems seleccionados en el Factor A |
| A1: Confianza | 4, 34, 94, 154, 184 |
| A2: Franqueza | 159, 189 |
| A3: Altruismo | 74, 104 |
| A4: Actitud conciliadora | 49, 139 |
| A5: Modestia | 114 |
| A6: Sensibilidad a los demás | |
| Responsabilidad (C) y 6 Facetas | Ítems seleccionados en el Factor C |
| C1: Competencia | 95 |
| C2: Orden | 130 |
| C3: Sentido del deber | 195 |
| C4: Necesidad de logro | 50, 110, 200, 230 |
| C5: Autodisciplina | 25, 85, 115, 145, 235 |
| C6: Deliberación | |

Nota. Los ítems marcados en dorado son los modificados de la versión española.

Los cambios que se han realizado en la selección de ítems, a partir de la selección de la adaptación española del NEO-FFI, son los que se indican a continuación.

En Neuroticismo (N) se cambiaron:

- el ítem 156 (de N2) por el 161 (de N3).
- el ítem 201 (de N5) por el 221 (de N3).

En Extraversión (E) se cambiaron:

- el ítem 102 (de E3) por el 192 (de E3).

En Apertura (O) se cambiaron:

- el ítem 43 (de O3) por el 3 (de O1).
- el ítem 108 (de O4) por el 143 (de O5).
- el ítem 133 (de O3) por el 213 (de O1)

En Amabilidad (A) se cambiaron:

- el ítem 119 (de A6) por el 4 (de A1)
- el ítem 169 (de A4) por el 34 (de A1)
- el ítem 214 (de A1) por el 104 (de A3)

En Responsabilidad (C) se cambiaron:

- el ítem 90 (de C6) por el 25 (de C5)
- el ítem 120 (de C6) por el 115 (de C5)
- el ítem 205 (de C5) por el 145 (de C5)
- el ítem 215 (de C1) por el 230 (de C4)

En la Tabla siguiente (Tabla 6) con los 60 ítems seleccionados, se muestra cómo para obtener un Alfa más elevada en el NEO-FFI se han de seleccionar más ítems de algunas Facetas que de otras.

Tabla 6. Los 60 ítems seleccionados con su número en el NEO-PI-R, 12 de cada Factor para el NEO-FFI

| NEO-FFI | Nº | | Ítems aportados por cada Faceta al Factor | | | | | |
|---|-------|------|---|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| Factor | Ítems | Alfa | Faceta 1 | Faceta 2 | Faceta 3 | Faceta 4 | Faceta 5 | Faceta 6 |
| Neuroticismo Media y DT = 23.40 (7.64) | 12 | .80 | <u>211</u> | | 131, <u>191</u> , 221 | 76, <u>136</u> | 201,231 | 26, <u>86</u> , 146,176 |
| Extraversión Media y DT = 32.94 (6.93) | 12 | .82 | <u>32,122</u> , 212 | <u>37,217</u> | | 47, <u>137</u> , <u>227</u> | <u>142</u> | <u>117,147</u> , <u>177</u> |
| Apertura Media y DT = 28.43 (6.17) | 12 | .70 | | 68, <u>98</u> , <u>128,188</u> | 133 | 48,108 | <u>53,83</u> , <u>113,173</u> , <u>233</u> | |
| Amabilidad Media y DT = 29.92 (5.91) | 12 | .66 | <u>34,94</u> , <u>154,184</u> , 214 | 39, <u>189</u> | <u>74</u> | 109, <u>139</u> , 169 | | 179 |
| Responsabilidad Media y DT = 31.34 (6.77) | 12 | .79 | 65 | 100, <u>130</u> | | <u>50</u> | <u>25,235</u> | 60,90, 120,150, 180,210 |

Nota. DT = Desviación Típica.

8.2.4. La Escala de Autoestima de Rosenberg

Para evaluar la autoestima de los adolescentes se utilizó la versión validada y traducida al portugués de la Escala de Autoestima de Rosenberg (*Rosenberg Self-Esteem Scale, RES*). Esta escala fue diseñada por Rosenberg (1965) para medir en adolescentes el sentimiento global de su propia valía o la aceptación de sí mismos. Es, por tanto, una medida unidimensional de la autoestima global, entendida ésta como una estimación de conjunto que hace la persona sobre su propia valía como ser humano (Rosenberg, 1979). Aunque inicialmente fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente su puntuación se ha hecho común como escala tipo Likert. Se contestan según una escala de cuatro puntos para la formulación positiva: (1) *muy en desacuerdo*, (2) *en desacuerdo*, (3) *de acuerdo* y (4) *muy de acuerdo*. La Escala de Autoestima de Rosenberg se compone de 10 ítems formulados la mitad positivamente y negativamente la otra mitad. Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (nº 3, 5, 8, 9 y 10) y, posteriormente, se suman todos los ítems. La puntuación total oscila entre 10 (el extremo de baja autoestima) y 40 puntos (el extremo de alta autoestima). Una autoestima elevada indica que el

sujeto se valora y que se respeta por lo que es, sin sentirse superior a los demás, una baja auto-estima indica que siente poco valor y respeto por sí mismo.

La muestra original usada por el autor para validar el instrumento incluyó 5024 sujetos entre 15 y 18 años de edad, provenientes de 10 escuelas secundarias en el estado de Nova York. Los resultados revelaron una consistencia interna satisfactoria, siendo realizadas análisis de teste-reteste cuyas correlaciones varían entre .82 e .88 e cuyo Alfa de *Cronbach* varía entre .77 y .88 (Rosenberg, 1965).

Las características psicométricas de esta escala (Rosenberg, 1965) han sido ampliamente estudiadas y apoyadas tanto en su versión original americana, como en diversos idiomas. Los diferentes estudios han encontrado un Alfa de Cronbach en torno a .85, entre .83 y .87, coeficiente de fiabilidad semejante al informado por el propio Rosenberg (1979). Esta escala ha sido muy utilizada en Portugal, presentando resultados satisfactorios de validez y fiabilidad.

8.2.5. Cuestionario para adolescentes (Elaborado por Dionisio Manga).

Es un cuestionario mono ítem donde se pregunta a los alumnos sobre sentimientos y percepciones concretas. En este trabajo hemos analizado las siguientes variables con los siguientes ítems:

Rendimiento escolar. ¿Cuando te comparas con tus compañeros de clase, en qué nivel piensas estar?

Idea suicida. A veces tengo malos momentos y me pasa por la cabeza huir y salir de esta vida, pensando incluso en el suicidio.

Idea religiosa. Mis preocupaciones por la religión y creencias en poderes superiores son en mi caso...

Trato de los compañeros. ¿Cómo te sientes tratado por tus compañeros en la escuela?

En los últimos seis meses ¿has faltado a clase por motivos de salud o por falta de ganas?

Consumo de tabaco. ¿Cuántos cigarros sueles fumar por día?

Por qué crees que las personas fuman? (Porque son nerviosas. Por hábito. Por placer. Por vicio. Por otra razón...)

8.3. Procedimiento

Todos los alumnos realizaron los cuestionarios en condiciones similares, de forma personal e individualmente, en grupo durante los horarios lectivos de clase, establecidos por las escuelas correspondientes en grupos No superiores a 30 alumnos.

Los instrumentos fueron administrados a los estudiantes por la propia investigadora. El orden en que se administraron los instrumentos fue: en primer lugar la hoja de datos personales o socio-demográficos, después el cuestionario de Sentido de coherencia abreviado (SOC-13), seguido del cuestionario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI), después la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20) y para finalizar la Escala de Autoestima de Rosenberg. Fueron reagrupados, los diferentes instrumentos de medida, en un solo documento. No hubo límite de tiempo para responder, con una media de 1 hora. Cada participante finalizaba la sesión una vez que había rellenado y revisado cada uno de los cuestionarios.

Con carácter previo, aplicamos un pretest a los estudiantes de 9º, 10º, 11º e 12º año de las escuelas públicas de Chaves y procedimos a la eliminación de los estudiantes correspondientes al curso de 9º año.

Posteriormente iniciamos la aplicación del cuestionario en las escuelas públicas con los otros tres cursos (10º, 11º y 12º años) de Chaves contando con la debida autorización de las autoridades académicas correspondientes.

El proceso tuvo que ser interrumpido por la publicación de una legislación (Despacho nº 847/2007 de 23 de Julio) que obligaba a pedir permiso a la Dirección General de Educación de Portugal para las investigaciones que implicasen aplicar cuestionarios a los alumnos. Fueron enviados todos los cuestionarios a la Dirección General de Educación para evaluación de una comisión científica. Un año más tarde y después de algunas correcciones de la Dirección General de Educación, pudimos continuar con la investigación y terminar de aplicar los cuestionarios. Obtenida la autorización ética de la Dirección General de Innovación de Desarrollo Curricular

(DGIDC), después de la corrección y aprobación definitiva, fueron recogidos un total de 723 cuestionarios. Finalizado este proceso, iniciamos el tratamiento estadístico de los datos.

8.4. Análisis estadísticos

Con los datos de los cuestionarios aplicados, elaboramos una base de datos utilizando el programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versión 15.0 y el programa *Statistica* versión 9.

Calculamos la fiabilidad de los instrumentos utilizando el modelo Alfa de Cronbach que mide la consistencia interna y el análisis factorial con rotación varimax para la validez de los mismos.

Para el tratamiento de la información primeramente elaboramos los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas. Los estadísticos descriptivos fueron calculados con medidas de tendencia central, de dispersión y de frecuencias.

Utilizamos el análisis de correlación lineal, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, para averiguar el grado de relación entre diferentes variables.

Comparamos medias con la prueba t de Student (T-test).

Para conocer las diferencias significativas entre los grupos, procedimos al análisis de varianza de un factor (ante una variable) y multifactorial (cuando la variable dependiente está influenciada por varias variables independientes que interactúan), con ajuste de comparaciones múltiples post-hoc de Student-Newman-Keuls.

El análisis de regresión lineal múltiple nos permitió elaborar predicciones sobre una variable a partir de otra.

A través del análisis de *clusters* o conglomerados de K-medias identificamos grupos, prototipos de personalidad, relativamente homogéneos basándose en las características centradas en las personas y utilizando un algoritmo que puede

gestionar un gran número de casos. Una vez obtenidos los grupos aplicamos el análisis de varianza de efectos principales y múltiples en las distintas variables para conocer las diferencias significativas entre ellos.

Capítulo 9. Resultados

9.1. Análisis centrados en las variables

9.1.1. Estadística descriptiva

Los resultados obtenidos por toda la muestra de adolescentes y por cada sexo, expresados en sus medias y desviaciones típicas se muestran a continuación en la tabla 7. Igualmente aparecen comparadas esas medias por sexo; aplicando la prueba *t* y anotando si resultan significativas las diferencias y a qué nivel de confianza, entre el $p = .05, .01, .005, \text{ o } .001$.

Tabla 7. Estadística descriptiva de todas las variables, las medias y desviaciones típicas, junto con la comparación de medias de cada sexo

| | Todos | | Varones | | Mujeres | | <i>t</i> | <i>p</i> < |
|--------------------------------|-------|-------|---------|-------|---------|-------|----------|------------|
| | Media | DT | Media | DT | Media | DT | | |
| Orden de hermanos | 2.40 | .95 | 2.34 | .93 | 2.44 | .96 | -1.31 | ns |
| Mano preferida | 4.15 | .82 | 4.19 | .81 | 4.13 | .82 | 1.04 | ns |
| Rendimiento académico | 3.23 | .58 | 3.23 | .62 | 3.23 | .55 | .10 | ns |
| Ideación suicida | 1.97 | 1.13 | 1.82 | 1.08 | 2.08 | 1.15 | -3.04 | .005 |
| Ideas religiosas | 2.60 | 1.06 | 2.55 | 1.13 | 2.63 | 1.01 | -1.10 | ns |
| Ingresos familiares | 3.08 | .47 | 3.10 | .52 | 3.07 | .44 | .82 | ns |
| Trato compañeros | 4.12 | .70 | 4.10 | .73 | 4.13 | .67 | -.63 | ns |
| Estudios superiores | 4.30 | 1.03 | 4.15 | 1.02 | 4.39 | 1.02 | -3.14 | .005 |
| Faltar a clase | 1.71 | .77 | 1.70 | .79 | 1.71 | .77 | -.29 | ns |
| Consumo de tabaco | 1.45 | .94 | 1.51 | .99 | 1.41 | .90 | 1.30 | ns |
| Sentido de coherencia (SOC-13) | | | | | | | | |
| Comprensibilidad | 20.02 | 5.07 | 20.81 | 4.61 | 19.50 | 5.28 | 3.40 | .001 |
| Manejabilidad | 17.01 | 4.45 | 17.40 | 4.23 | 16.76 | 4.58 | 1.90 | ns |
| Significatividad | 19.93 | 4.22 | 19.52 | 3.85 | 20.08 | 4.43 | -1.13 | ns |
| SOC-13 (Global) | 56.80 | 11.53 | 57.59 | 10.48 | 56.29 | 12.14 | 1.49 | ns |
| NEO-FFI | | | | | | | | |
| N (Neuroticismo) | 23.61 | 7.90 | 21.08 | 7.29 | 25.23 | 7.73 | -722 | 0.001 |
| E (Extraversión) | 32.32 | 6.72 | 31.90 | 6.29 | 32.70 | 6.99 | -1.42 | ns |
| O (Apertura) | 28.62 | 6.45 | 27.70 | 6.37 | 29.29 | 6.40 | -323 | 0.01 |
| A (Amabilidad) | 29.37 | 6.34 | 28.43 | 6.05 | 30.04 | 6.26 | -330 | 0.001 |
| C (Responsabilidad) | 28.07 | 6.22 | 27.08 | 6.38 | 28.77 | 6.21 | -360 | 0.001 |
| AUTOESTIMA | | | | | | | | |
| ROS (Global) | 30.05 | 4.67 | 30.50 | 4.68 | 29.75 | 4.65 | 2.11 | .05 |
| BEEGC-20- Control | | | | | | | | |
| Contingencia (C) | 30.31 | 4.15 | 29.58 | 4.61 | 30.77 | 3.75 | -3.83 | .001 |
| Indefensión (I) | 14.26 | 6.16 | 14.90 | 6.34 | 13.84 | 6.02 | 2.26 | .05 |
| Azar o Suerte (A) | 19.94 | 6.38 | 20.88 | 6.94 | 19.34 | 6.71 | 2.98 | .005 |
| Autoeficacia (EA) | 23.52 | 5.07 | 24.66 | 5.04 | 22.79 | 4.96 | 4.91 | .001 |
| Éxito (EE) | 27.32 | 5.18 | 27.59 | 4.89 | 27.14 | 5.36 | 1.13 | ns |

Nota. DT = Desviación Típica; *t* = prueba *t de Student* de comparación de medias entre las puntuaciones de ambos sexos; diferencias significativas, $p < .05, .01, .005, .001$; ns = diferencia no significativa.

De la tabla 7 se desprenden algunas consideraciones dignas de tener en cuenta:

(a) La superioridad, muy destacada, de las adolescentes sobre los adolescentes en

Neuroticismo, Amabilidad y Responsabilidad de las dimensiones de personalidad según el NEO-FFI, como por lo demás se podía esperar a juzgar por resultados en otros estudios con estas medidas; así como también en Contingencia o Locus de control interno.

(b) Los chicos superan ampliamente a las chicas en Comprensibilidad (dimensión primera del Sentido de coherencia), y en Autoeficacia; también podría considerarse el hecho de ser los varones quienes más creen en la Suerte o el Azar, o también la ligera pero significativa puntuación superior en Autoestima.

9.1.2. *Fiabilidad de las escalas*

La fiabilidad de las escalas no se ha efectuado con la muestra total de 739 sujetos que contestaron a los cuestionarios, porque desconocemos si 14 adolescentes son varones o mujeres al no rellenar el apartado correspondiente a este dato. La muestra se ha reducido a 725 adolescentes por esta razón. Estos 725 participantes serán los que entrarán en los análisis estadísticos de la tesis.

Tabla 8. Fiabilidad de las escalas: NEO-FFI, Autoestima de Rosenberg y Sentido de coherencia (SOC-13)

| | ESCALAS | Media | DT | mic | núm | skew | kurt | mín | máx | Alfa |
|-----|---------------------|-------|-------|-----|-----|------|------|-----|-----|------|
| NEO | Neuroticismo (N) | 23.60 | 7.22 | .31 | 12 | .01 | -.19 | 2 | 48 | .84 |
| | Extraversión (E) | 32.39 | 6.73 | .29 | 12 | -.53 | .36 | 8 | 47 | .83 |
| | Apertura (O) | 28.67 | 6.43 | .20 | 12 | .20 | .14 | 8 | 46 | .75 |
| | Amabilidad (A) | 29.41 | 6.32 | .23 | 12 | -.42 | .50 | 2 | 47 | .78 |
| | Responsabilidad (C) | 28.11 | 6.19 | .27 | 12 | -.12 | .24 | 7 | 47 | .81 |
| ROS | Autoestima global | 30.01 | 4.63 | .44 | 10 | -.27 | .73 | 10 | 40 | .87 |
| | Subescala positiva | 14.77 | 2.97 | .54 | 5 | -.19 | -.11 | 5 | 20 | .85 |
| | Subescala negativa | 15.30 | 2.07 | .54 | 5 | -.19 | 1.59 | 5 | 20 | .79 |
| SOC | SOC-13 | 56.98 | 11.38 | .25 | 13 | -.11 | .38 | 17 | 90 | .81 |
| | Comprensibilidad | 19.97 | 5.21 | .25 | 5 | .07 | .01 | 5 | 35 | .62 |
| | Manejabilidad | 17.04 | 4.44 | .28 | 4 | -.05 | .16 | 4 | 28 | .60 |
| | Significatividad | 19.87 | 4.18 | .30 | 4 | -.41 | .39 | 4 | 28 | .63 |

Notas: NEO = NEO-FFI; ROS = Autoestima de Rosenberg; SOC = Sentido de coherencia (SOC-13); DT = Desviación típica; mic = Correlación media entre ítems; núm = Número de ítems; skew = Skewness (sesgo); kurt = Kurtosis (curtosis); mín = Mínimo; máx = Máximo; Alfa = Coeficiente de fiabilidad según el Alfa de Cronbach.

Los coeficientes Alfa de Cronbach (Alfa), que indican la fiabilidad de las escalas que hemos utilizado, pueden considerarse del todo aceptables y hasta satisfactorios si se comparan con los obtenidos en trabajos precedentes con estas escalas en otros idiomas, particularmente en lengua castellana. Las dimensiones del NEO-FFI, en

versión portuguesa, siguen el mismo orden de mayor a menor Alfa que se ha encontrado en otros estudios no portugueses: Neuroticismo, Extraversión, Responsabilidad, Amabilidad y Apertura.

La fiabilidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg es de un Alfa de .87, para sus 10 ítems, de las más altas encontradas con esta escala. Dividida en la subescala de las cinco respuestas con puntuación positiva o directa, ésta se mantiene en un Alfa de .85 y la otra mitad negativa o indirecta alcanza un Alfa de .79. Estos datos indican una mejor fiabilidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg que la encontrada en adolescentes más jóvenes (una media de 14.3 años de edad) por Veselska et al. (2009) en Eslovaquia. Hallaron un Alfa de Cronbach de .73 para los 5 ítems positivos y de .64 para los 5 negativos. Nuestros adolescentes tienen una media de 16.5 años de edad, y los análisis de ítems nos dan una fiabilidad más alta.

La fiabilidad del Sentido de coherencia (SOC-13) arroja un Alfa de .81 y una correlación media entre ítems de .25. Son valores muy similares a los otros estudios (v.g., Fernández, 2009), quien halló para estudiantes universitarios un Alfa de .82 y la misma correlación media entre ítems, es decir, de .25.

9.1.3. Correlación entre las escalas

Tabla 9. Matriz de correlaciones de las dimensiones de personalidad (NEO-FFI) con Sentido de coherencia (SOC), Autoestima (ROS) y Expectativas de Autoeficacia

| | Sentido de coherencia | Autoestima | Expectativas de Autoeficacia |
|-----------------|-----------------------|------------|------------------------------|
| Neuroticismo | -.66* | -.68* | -.58* |
| Extraversión | .32* | .42* | .36* |
| Apertura | -.02 | .06 | .11* |
| Amabilidad | .18* | .09 | .05 |
| Responsabilidad | .49* | .38* | .41* |

Nota. Están señaladas con asterisco (*) las correlaciones significativas.

Las correlaciones de Neuroticismo (negativas), Extraversión y Responsabilidad (positivas) indican con suficiente claridad el carácter adaptativo y saludable de Sentido de coherencia, Autoestima y Expectativas de Autoeficacia. A mayor puntuación en

estas variables, mayor será la puntuación negativa o baja en Neuroticismo, y alta en Extraversión y Responsabilidad del Inventario NEO-FFI de personalidad.

En la tabla 10 podemos observar las correlaciones entre las medidas de ítem único.

Tabla 10. Matriz de correlaciones entre medidas de ítem único: Rendimiento académico, Ideación suicida, Ideas religiosas, Ideas de Estudios superiores, Faltar a clase y Consumo de Tabaco

| | Rendimiento académico | Ideación suicida | Ideas religiosas | Estudios superiores | Faltar a clase | Consumo de tabaco |
|-----------------------|-----------------------|------------------|------------------|---------------------|----------------|-------------------|
| Rendimiento académico | ---- | -.10* | .04 | .21* | -.13* | -.11* |
| Ideación suicida | | ---- | .06 | -.05 | .21* | .14* |
| Ideas religiosas | | | ---- | -.01 | -.02 | -.07 |
| Estudios superiores | | | | ---- | -.12* | -.16* |
| Faltar a clase | | | | | ---- | .35* |
| Consumo de tabaco | | | | | | ---- |

Nota. Están señaladas con asterisco (*) las correlaciones significativas.

Las Ideas religiosas no correlacionan con ninguna otra variable, aunque a veces se le considera factor protector.

El buen Rendimiento académico, como factor protector, correlaciona positivamente con las Ideas de Estudios superiores, y negativamente con los tres factores de riesgo: Ideación suicida, Faltar a clase y Consumo de tabaco.

El Consumo de tabaco correlaciona positivamente con la Ideación suicida y con Faltar a clase, mientras que correlaciona negativamente con el Rendimiento Académico y con aspirar a Estudios superiores.

En resumen, los factores de riesgo correlacionan positivamente entre sí, en tanto que lo hacen de forma negativa con los factores protectores.

9.2. La personalidad: Prototipos con el acercamiento centrado en las personas

Se realizan comparaciones de los perfiles de los tres conglomerados, o grupos de adolescentes, obtenidos con el NEO-FFI.

9.2.1. Los tres prototipos: su obtención

Hemos obtenido tres prototipos de personalidad a través de los tres conglomerados (o *clusters*) que se han obtenido con las puntuaciones en los Cinco Factores medidos del NEO-FFI de los 725 adolescentes.

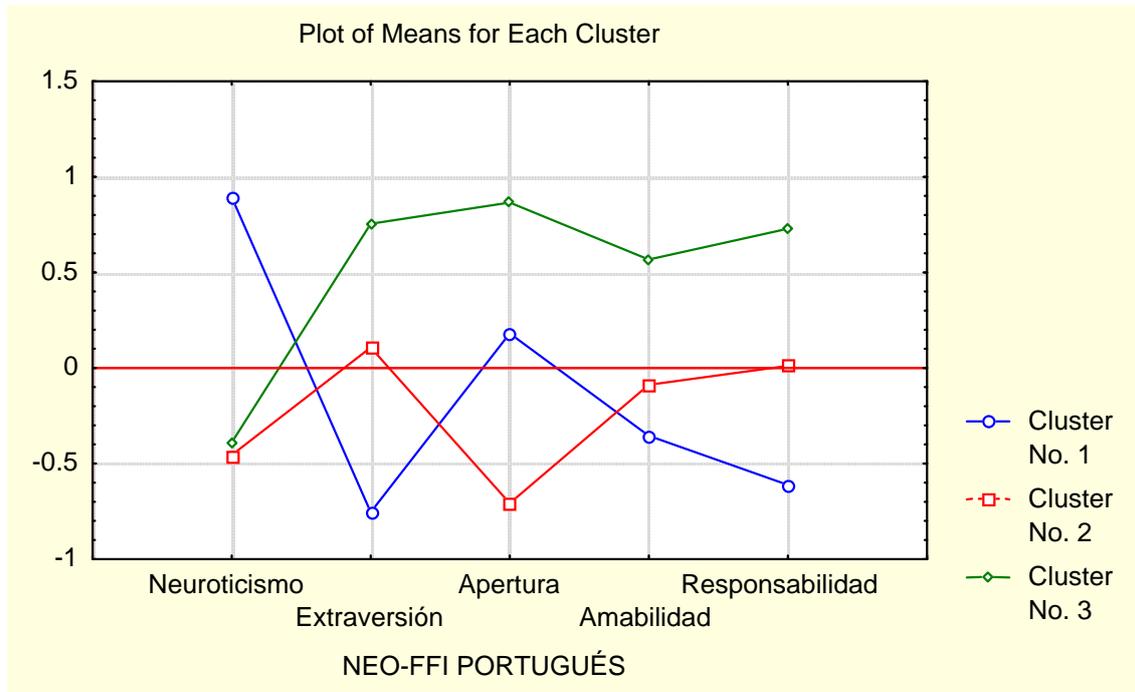


Figura 2. Los tres *clusters* o prototipos de personalidad en adolescentes portugueses, a partir de las puntuaciones en el cuestionario NEO-FFI

La figura 2, son las puntuaciones z en las dimensiones de personalidad en un NEO-FFI en portugués de 60 ítems. Las dimensiones son Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad.

En esta figura se muestran los tres grupos o *clusters* que corresponden a los tres prototipos de personalidad siguientes que denominamos:

- El *Cluster* nº 1 corresponde al Prototipo 1 (G1 o Supracontrolado o Vulnerable),
- El *Cluster* nº 2 corresponde al Prototipo 2 (G2 o Infracontrolado o Antisocial),
- El *Cluster* nº 3 corresponde al Prototipo 3 (G3 o Resiliente)

9.2.2. Descripción de los prototipos de personalidad, clústeres o grupos (G)

Prototipo 1 o G1. Es el SUPRACONTROLADO, con alto Neuroticismo y baja Extraversión. Especialmente bajo también en Responsabilidad. Es un Tipo “Vulnerable” y no bien adaptado por su alto Neuroticismo y alta Introversión (equivalente a baja Extraversión).

Prototipo 2 o G2. Es el INFRACONTROLADO, bajo en Neuroticismo y en Apertura, con las otras tres dimensiones entorno a la media. Lo llamamos a veces “Antisocial” porque es el más propenso a incurrir en conductas antisociales.

Prototipo 3 o G3. Es el RESILIENTE, bajo en Neuroticismo y alto en las otras cuatro dimensiones (Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad). Es el prototipo bien adaptado, opuesto en sus características de personalidad al prototipo SUPRACONTROLADO, éste con alto riesgo de inadaptación por ser muy vulnerable ante situaciones de estrés.

Tabla 11. Participantes en la investigación por prototipos y sexo

| | Prototipo 1 Supracontrolado | Prototipo 2 Infracontrolado | Prototipo 3 Resiliente | Totales |
|---------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|------------|
| Varones | 81 (28%) | 148 (52%) | 56 (20%) | 285 (39%) |
| Mujeres | 154 (35%) | 148 (34%) | 138 (31%) | 440 (61%) |
| Total | 235 (32%) | 296 (41%) | 194 (27%) | 725 (100%) |

Los porcentajes de cada sexo en los prototipos o grupos, así como su caracterización, son muy semejantes a los encontrados por Germeijs y Verschueren (2011). Estos autores estudiaron 207 varones y 276 mujeres (N = 483) de una media de edad de 17 años en Flanders (Bélgica). Con una versión del NEO-FFI apropiada para su idioma, obtuvieron tres prototipos coincidentes en lo esencial con nuestros datos mediante una solución también de tres conglomerados o *clusters*, por el método de Ward y procedimiento de agrupación K-medias.

G1 de Supracontrolados. En Germeijs y Verschueren (2011), sus características los diferencian claramente por ser los más altos en Neuroticismo y los más bajos en Extraversión (alta introversión). Son también los que más bajo puntúan en Responsabilidad. Si destacamos esta última peculiaridad como especialmente bajos en

Responsabilidad, el resto de puntuaciones son del todo coincidentes con las de este grupo en Germeijs y Verschueren (2011). En Apertura a la experiencia se hallan por encima del promedio, por debajo del grupo Resiliente (G3) y más altos que G2.

G2 de Infracontrolados. En Germeijs y Verschueren (2011) este tipo se caracterizaban por puntuar bajo en Neuroticismo, así como en Apertura a la experiencia, Amabilidad y sobre todo en Responsabilidad. En Extraversión puntuaban ligeramente por encima del promedio. En nuestros datos, este tipo puntúa próximo a la media de la muestra en Amabilidad y en Responsabilidad, la única leve diferencia digna de mención con los datos de Germeijs y Verschueren (2011).

G3 de Resilientes. Es el grupo bien adaptado, o Resilientes. Es el prototipo mejor adaptado por sus bajas puntuaciones en Neuroticismo y altas en Extraversión y Responsabilidad, Apertura a la experiencia y Amabilidad. Andan estas cuatro últimas dimensiones muy por encima de la media.

En relación a este grupo de Resilientes, dicen Germeijs y Verschueren (2011): “Este tipo de personalidad se caracteriza por las puntuaciones más bajas en Neuroticismo y de moderadas a altas en los demás factores” (p. 1025). De estas cuatro últimas, los adolescentes de Germeijs y Verschueren (2011) obtienen puntuaciones algo más bajas en Apertura a la experiencia, precisamente en la dimensión en la que puntúan más alto nuestros adolescentes de la tesis.

9.2.3. Composición de los grupos de personalidad en cuanto al sexo

Respecto a los componentes de los tres conglomerados (G1 o Supracontrolado, G2 o Infracontrolado y G3 o Resiliente), se ha hallado diferencia significativa ($\chi^2_{[2]} = 24.75, p < .01$) por diferente distribución de cada sexo en los mismos.

Esta significación del χ^2 , muy superior a la exigida para serlo al nivel de confianza del 1% (24.75 frente a la requerida de 9.21 para 2 grados de libertad), pone de manifiesto que la distribución del género en los grupos está lejos de deberse al azar.

Las mujeres superan en porcentaje a los varones en resiliencia y vulnerabilidad, es decir en el prototipo G3 y G1, pero ese predominio se invierte cuando los individuos son clasificados en el G2, conglomerado o grupo “Infracontrolado”. En éste se clasifica el 52% de los varones y sólo el 34% de las mujeres.

Esta desigual distribución del sexo en los tres prototipos de personalidad acontece por igual o incluso más acentuada, en el estudio de Germeijs y Verschueren (2011), donde se informa de un χ^2 de 31.62, superior al nuestro. Estos autores no dan los porcentajes reales de la distribución de género en los tres grupos, pero dicen: “aparecen clasificados más varones que mujeres en el grupo Infracontrolado y menos varones en el grupo Supracontrolado de lo esperado” (pp. 1026).

9.3. ANOVAs para validación externa de los tres prototipos de personalidad

Los ANOVAs tienen como variables independientes o clasificadoras a los Clusters o grupos obtenidos, junto con la variable SEXO. Y como variables dependientes a las demás. En caso de efectos principales y de interacciones se controlará esta última variable, con el fin de asegurar las diferencias encontradas. Se van señalando las variables dependientes.

En la figura 3 observamos las puntuaciones de los tres prototipos: G1 o Supracontrolado, el G2 o Infracontrolado y el G3 o Resiliente en relación con el Sentido de coherencia (SOC-13).

9.3.1. Validación externa de los prototipos. SENTIDO DE COHERENCIA

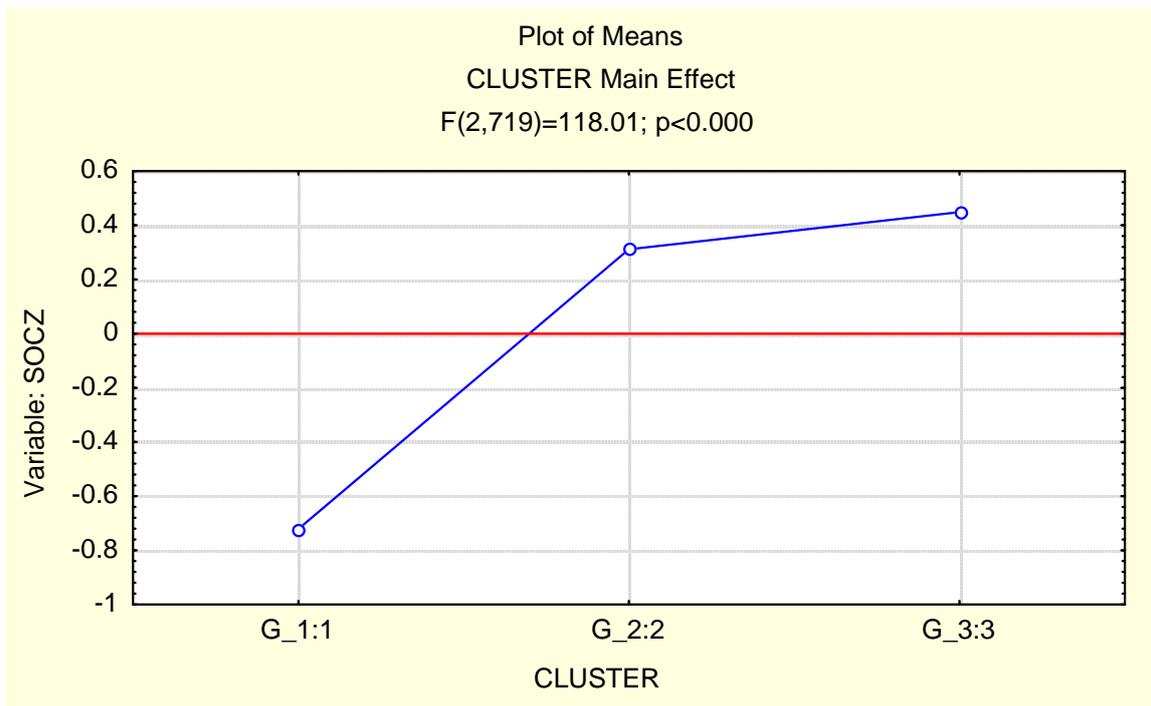


Figura 3. Los tres prototipos en el SOC-13 en puntuaciones z

El prototipo 1 o Supracontrolado (G_1:1), es el que puntúa más bajo en esta medida salutogénica de Sentido de coherencia. El prototipo 3 o Resiliente (G_3:3) es el de mayor puntuación.

Tabla 12. Comparación post-hoc, con la prueba de Newman-Keuls, entre los 3 grupos en Sentido de coherencia como variable dependiente

| Los tres prototipos de personalidad adolescente según el NEO-FFI | | | |
|--|---|----------|----------|
| Conglomerados o grupos (G) y significación de las diferencias | G_1:1 = Supracontrolado. G_2:2 = Infracontrolado. G_3:3 = Resiliente. (* p < .05; ** p < .01; *** p < .001) | | |
| | G_1:1<G2 | G_1:1<G3 | G_2:2-G3 |
| Variable dependiente: SENTIDO DE COHERENCIA | *** | *** | |

Nota: Para la dirección de las diferencias mostradas en p, véase la figura de arriba.

Posteriormente procedimos al ajuste de comparaciones múltiples post-hoc de Student-Newman-Keuls (tabla 12) y comprobamos que existe una diferencia claramente significativa (p < .001) entre el Grupo Supracontrolado y los otros dos Grupos (Infracontrolado e Resiliente). Pero no es significativa entre el Grupo Infracontrolado y el Grupo Resiliente.

9.3.2. Validación externa de los prototipos. Expectativas de Control (BEEGC-20)

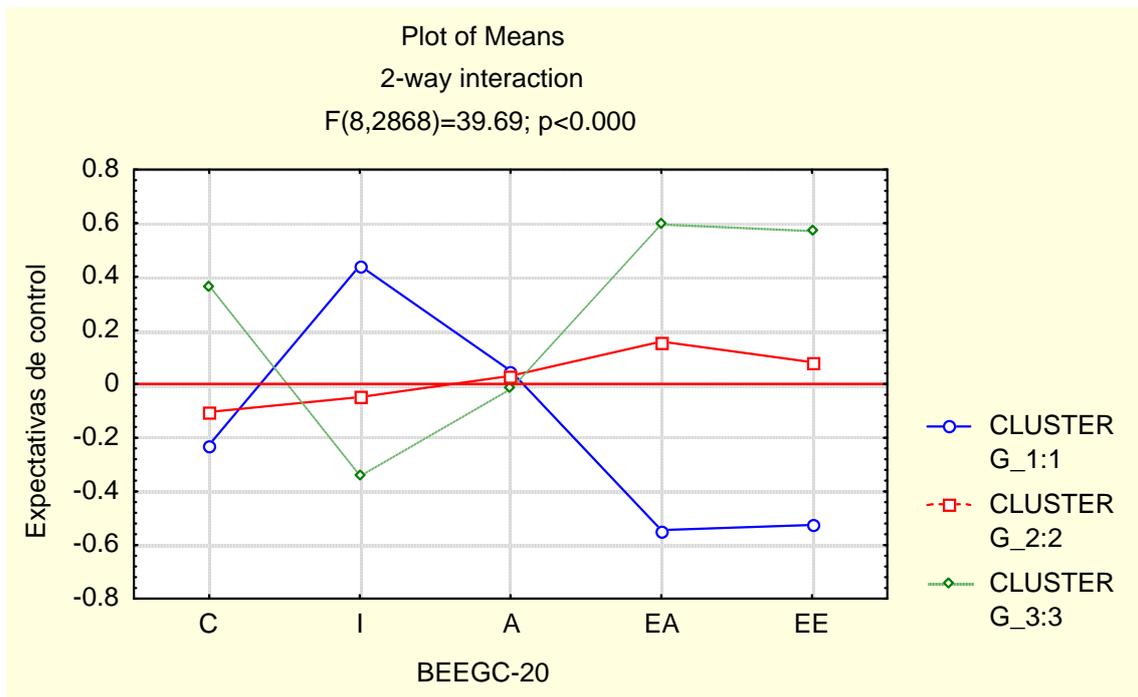


Figura 4. MANOVA con los tres prototipos como variables independientes y con sus puntuaciones en las cinco escalas de Expectativas generalizadas de control (BEEGC-20) (en puntuaciones z)

Consideraciones al análisis de varianza multivariado (MANOVA) sobre las Expectativas de Control:

- Excepto en la creencia en la Suerte o el Azar (A), en las otras cuatro variables el grupo G_1:1 (Supracontrolado) obtiene puntuaciones contrapuestas al G_3:3 (prototipo 3 o Resiliente), con G_2:2 (Infracontrolado) situado siempre en posición intermedia.
- Las puntuaciones de G_3:3 (Resiliente) son adaptativas, en oposición a las de G_1:1 (Supracontrolado) que son desadaptativas (excepto posiblemente en Suerte o Azar -A).
- La coincidencia en puntuaciones del grupo G_3:3 (Resiliente) con G_1:1 (Supracontrolado) y G_2:2 (Infracontrolado), en la creencia en la Suerte o el Azar (A), pone en duda la aceptada idea de que esta creencia o expectativa sea desadaptativa, como sí lo es la Indefensión (I). Al menos, es la única medida que no ofrece diferencia alguna entre los tres prototipos de personalidad.

(d) En A (Azar o Suerte) los tres grupos se igualan, mientras que en C (Contingencia o Locus de control interno) el grupo G_2:2 (Infracontrolado), obtiene bajas puntuaciones, desadaptativas, nada distantes de las del grupo G_1:1 (Supracontrolado). El G_3:3 (Resiliente) supera a los otros dos grupos en Locus de control interno ($p < .001$), sin que exista diferencia entre G_1:1 y G_2:2 (Supracontrolado e Infracontrolado).

A continuación representamos, en diagrama de Barras, el Locus de control interno para los tres prototipos Supracontrolado, Infracontrolado y Resiliente.

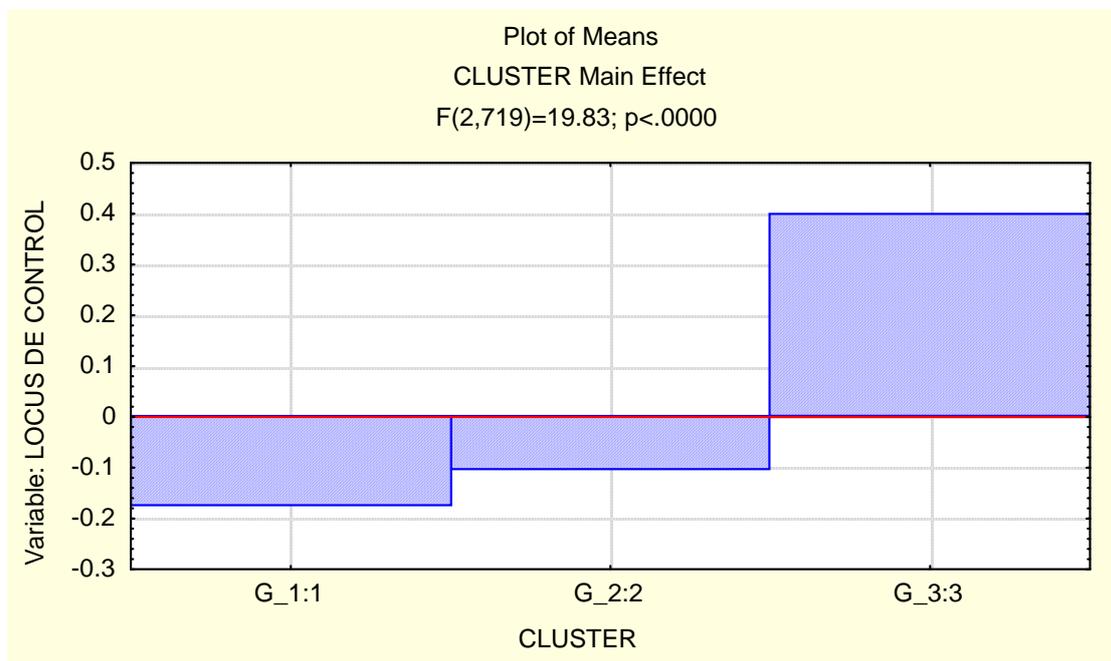


Figura 5. Representación del Locus de control interno (Contingencia), en barras, para los tres grupos o prototipos de personalidad en adolescentes

En la Figura 5 sobresale en Contingencia o Locus de control interno el G_3:3 (Resiliente) con el G_1:1 (Supracontrolado) en el otro extremo por su baja puntuación en Contingencia, estando muy próximo el grupo G_2:2 (Infracontrolado) al G_1:1 (Supracontrolado) en esta variable.

Tabla 13. Comparación post-hoc, con la prueba Newman-Keuls, entre los 3 grupos. Locus de Control Interno como variable dependiente

| Los tres prototipos de personalidad adolescente según el NEO-FFI | | | |
|--|--|---|-------------|
| Conglomerados o grupos (G) y significación de las diferencias | | G_1:1 = Supracontrolado. G_2:2 = Infracontrolado. G_3:3 = Resiliente. (* p < .05; ** p < .01; *** p < .001) | |
| | | G_1:1= G_2:2 | G_1:1<G_3:3 |
| Variable dependiente: LOCUS DE CONTROL INTERNO (C) | | | *** |
| | | | *** |

En el ajuste de comparaciones múltiples post-hoc de Student-Newman-Keuls, comprobamos que en Contingencia o Locus de control interno existe una diferencia claramente significativa entre el G_3:3 (Grupo Resiliente) y los otros dos grupos G_1:1 (Supracontrolado) y G_2:2 (Infracontrolado). No es significativa entre el G_1:1 (Grupo Supracontrolado) y el G_2:2 (Grupo Infracontrolado).

En la figura 6 representamos las Expectativas de Autoeficacia para los tres prototipos.

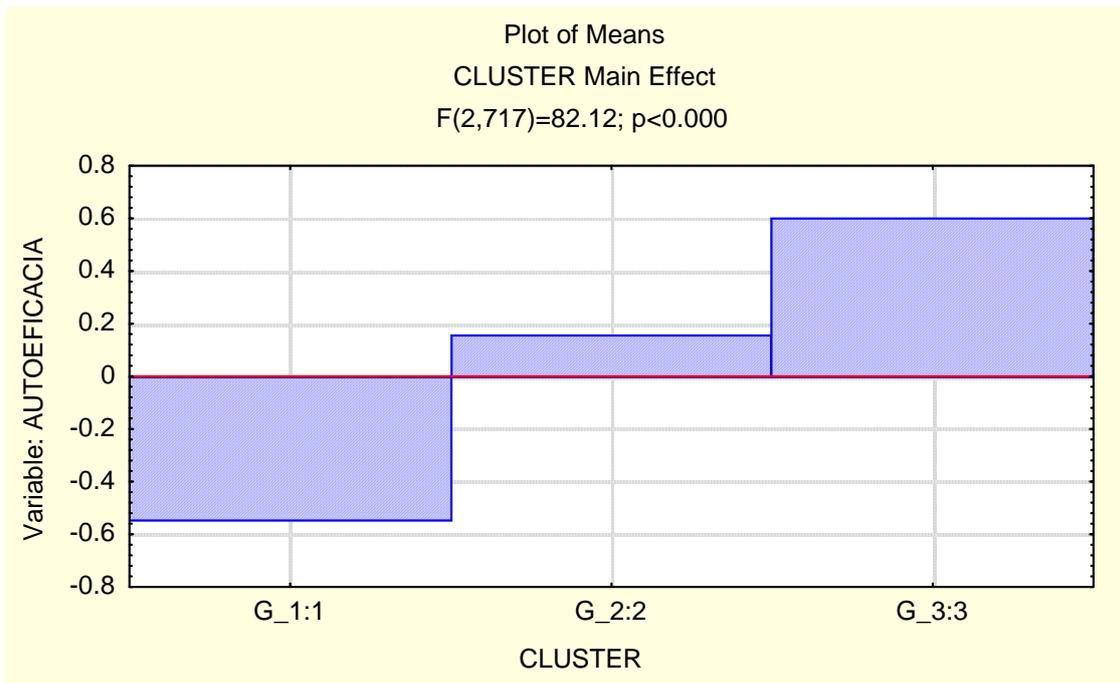


Figura 6. ANOVA. La variable Expectativas de Autoeficacia representada en barras para cada uno de los tres grupos de personalidad, como efecto principal

Las diferencias en Autoeficacia se muestran altamente significativas ($p < .001$) entre los tres grupos. El grupo G3 (Resiliente) es el de mayor Expectativas de Autoeficacia y el G1 (Supracontrolado) es el de menor Expectativa de Autoeficacia.

Tabla 15. Comparación post-hoc, con la prueba de Newman-Keuls, entre los 3 grupos. Expectativas de Autoeficacia como variable dependiente

| Los tres prototipos de personalidad adolescente según el NEO-FFI | | | |
|--|--|---------------|---------------|
| Conglomerados o grupos (G) y significación de las diferencias | G_1:1=Supracontrolado. G_2:2= Infracontrolado. G_3:3= Resiliente. (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$) | | |
| | G_1:1 < G_2:2 | G_1:1 < G_3:3 | G_2:2 < G_3:3 |
| Variable dependiente: EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA | *** | *** | *** |

Nota: Para la dirección de las diferencias mostradas en p , véase la Figura 6. Las diferencias de G_3:3 superior a G_2:2, y de G_2:2 a su vez a G_1:1 se mantienen incluso cuando se ha controlado la variable Sexo como covariante en el ANOVA.

En la tabla 15 podemos comprobar que existe una diferencia claramente significativa entre G_1:1 (Supracontrolado), G_2:2 (Infracontrolado) y G_3:3 (Grupo Resiliente)

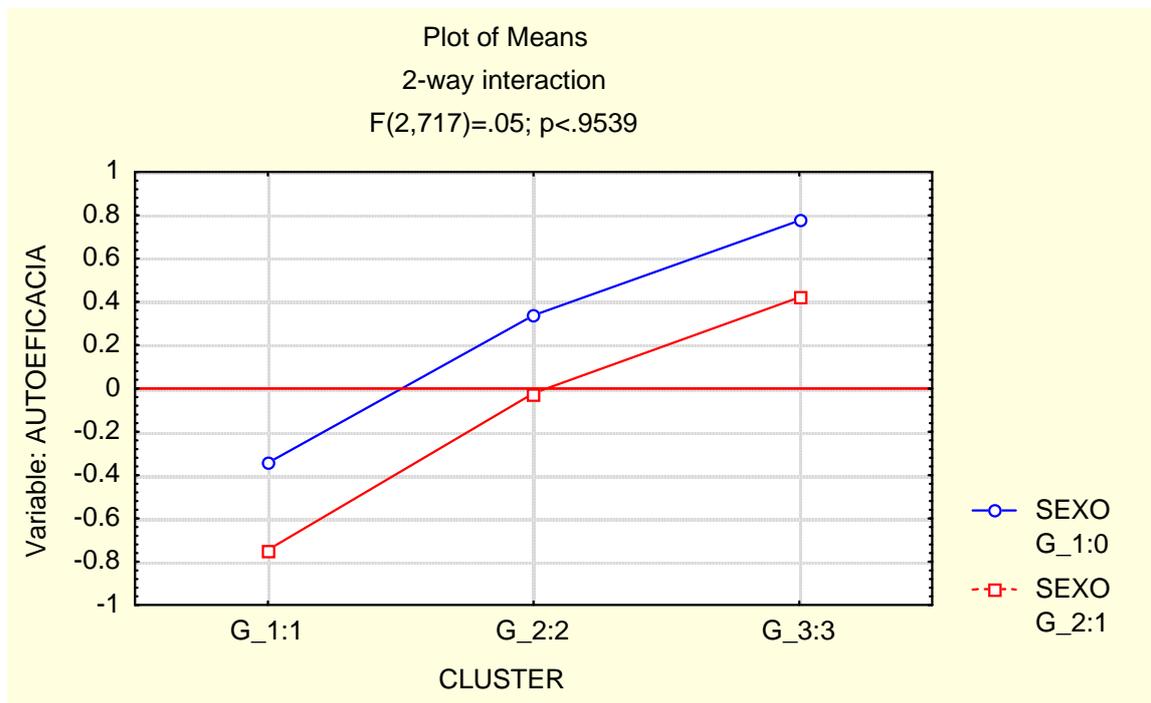


Figura 7. La variable Expectativas de Autoeficacia teniendo en cuenta la variable sexo para cada uno de los tres grupos de personalidad

En la figura 7 no existe interacción. La superioridad de los varones (G_1:0) en comparación con las mujeres (G_2:1) se da por igual en los tres grupos, como efecto principal de Sexo ($p < .001$).

Los grupos tienen valores similares a los de Autoestima, incluso controlando la variable sexo como covariante.

9.3.3. Validación externa de los prototipos. AUTOESTIMA (Rosenberg)

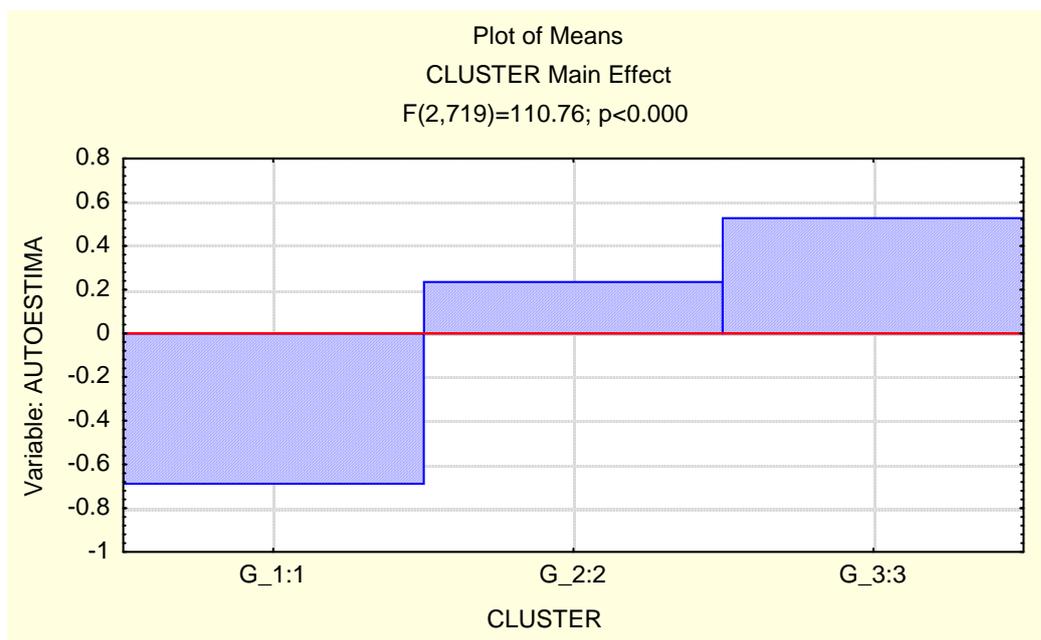


Figura 8. Se representan en barras las diferencias de los tres grupos de personalidad en Autoestima, según la escala de Rosenberg, como efecto principal

El grupo G_3:3 (Resiliente) es el de mayor Autoestima y el G_1:1 (Supracontrolado o Vulnerable) es el de menor Autoestima.

Las diferencias en Autoestima se muestran altamente significativas ($p < .001$) entre los tres grupos (Supracontrolado, Infracontrolado y Resiliente) como podemos comprobar en la tabla 14.

Tabla 14. Comparación post-hoc, con la prueba de Newman-Keuls, entre los 3 grupos. Autoestima como variable dependiente

| Los tres prototipos de personalidad adolescente según el NEO-FFI. | | | |
|---|---|------------|------------|
| Conglomerados o grupos (G) y significación de las diferencias | G_1:1 = Supracontrolado. G_2:2 = Infracontrolado. G_3:3 = Resiliente. (* p < .05; ** p < .01; *** p < .001) | | |
| | G_1:1 < G_2:2 | G_1:1 < G3 | G_2:2 < G3 |
| Variable dependiente: AUTOESTIMA (Rosenberg) | *** | *** | *** |

Nota: Para la dirección de las diferencias mostradas en p, véase la Figura 8. Las diferencias de G_3:3 superior a G_2:2, y de G_2:2 a su vez a G_1:1 se mantienen incluso cuando se ha controlado la variable Sexo como covariante en el ANOVA.

9.4. Factores de protección y de riesgo en escalas de ítem único (validación externa de los tres prototipos de personalidad)

Proponemos al análisis (ANOVAs) cinco variables dependientes a continuación. Se trata de las medidas que diferencian significativamente a los prototipos.

A continuación observamos los factores protectores y de riesgo. Como factores de riesgo hemos analizado la Ideación suicida y Faltar a clase, como protectores el Rendimiento académico y el buen Trato de los compañeros en el colegio. La variable Ideas religiosas opera como factor protector en los adolescentes de nuestro estudio, pues aunque no correlacionan ni con los factores protectores ni con los factores de riesgo, es superior en el grupo de Resilientes en relación a los demás grupos. Las correlaciones son positivas entre los factores de riesgo, lo mismo que son negativas las de los factores de riesgo con los factores protectores.

9.4.1. Ideación suicida

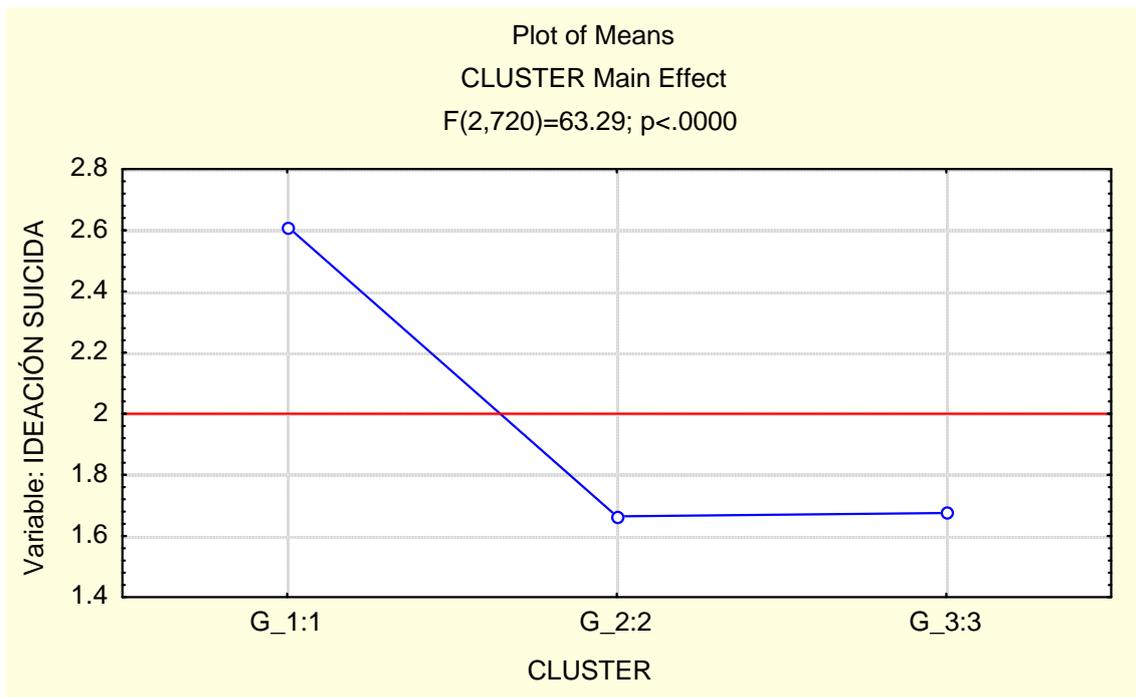


Figura 9. La Ideación suicida para cada uno de los tres grupos de personalidad

Destaca la Ideación suicida del G_1:1 (prototipo Supracontrolado). Supera con una diferencia altamente significativa ($p < .001$) tanto a G_2:2 (Infracontrolado) como a G_3:3 (Resiliente).

9.4.2. Buen trato de compañeros en el colegio

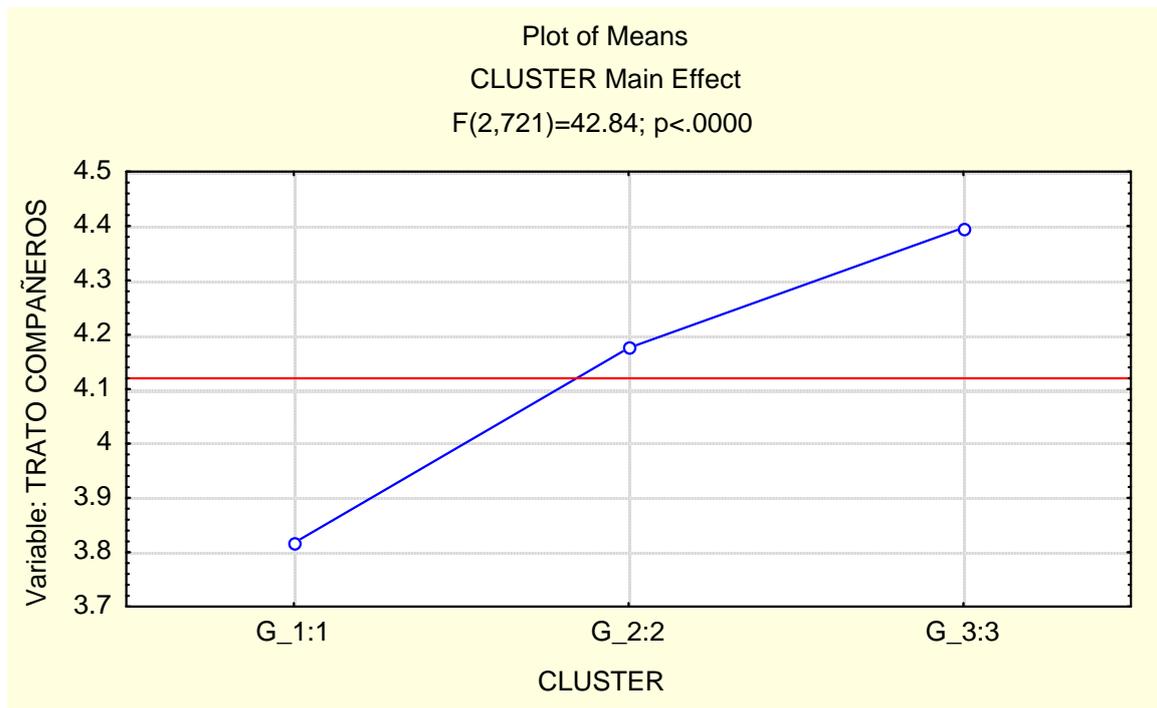


Figura 10. Buen trato de los compañeros para cada uno de los tres grupos de personalidad

El mejor trato recibido de los compañeros corresponde a G_3:3 (Resiliente) y el peor a G_1:1 (Vulnerable o Supracontrolado). En buen trato recibido, el prototipo G_3:3 (Resilientes) es superior con una diferencia claramente significativa ($p < .001$) a los otros prototipos. Pero también G_2:2 (Infracontrolado) supera en buen trato con una diferencia claramente significativa ($p < .001$) al grupo Supracontrolado G_1:1.

9.4.3. Faltar a clase

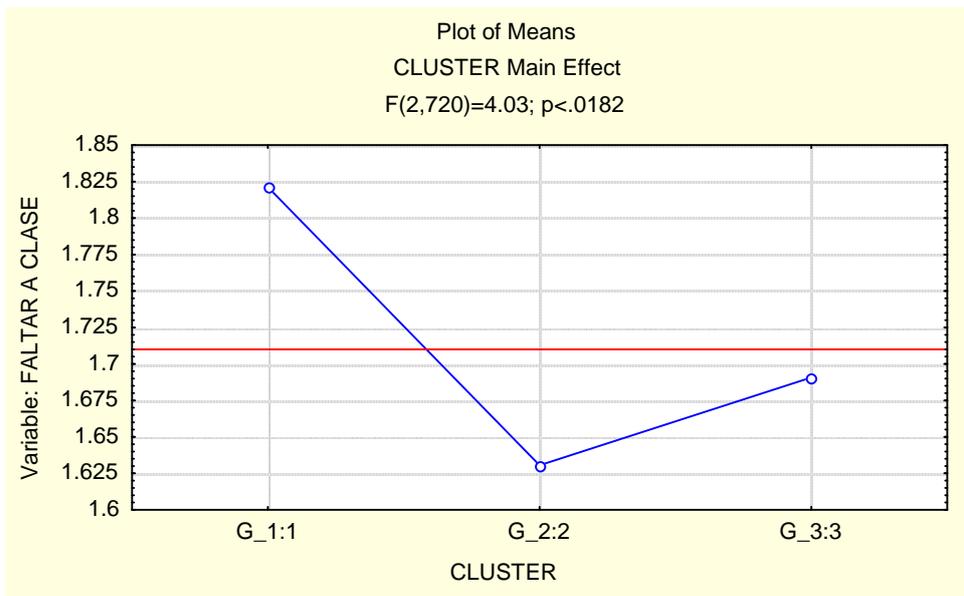


Figura 11. Faltar a clase, para cada uno de los tres grupos de personalidad

En Faltar a clase, G_1:1 (Vulnerable o Supracontrolado) es superior. Supera en faltas a clase significativamente ($p < .05$) a G_2:2 (Infracontrolado). La diferencia con G_3:3 (Resilientes) no llega a ser significativa.

9.4.4. Rendimiento Académico

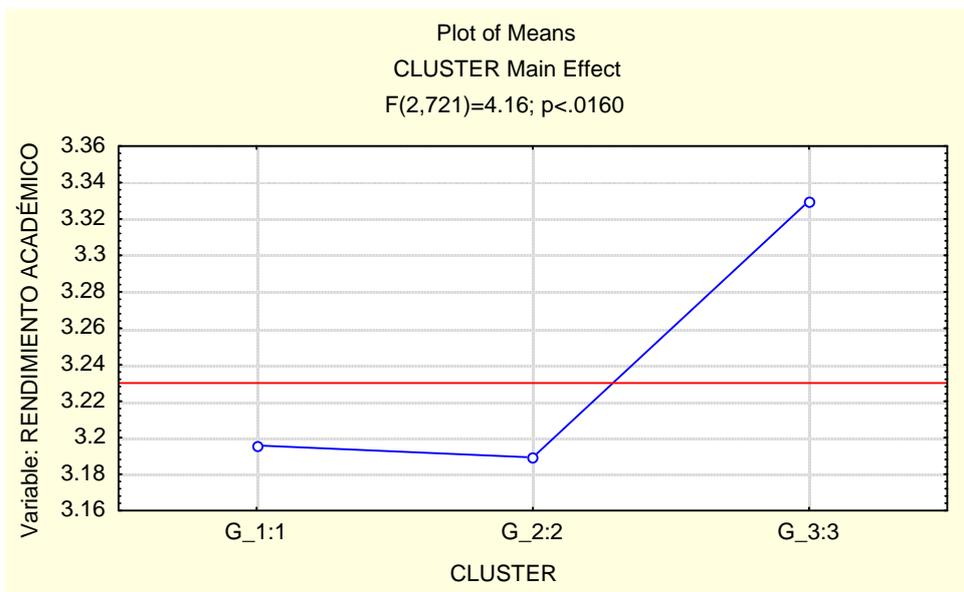


Figura 12. Rendimiento académico para cada uno de los tres grupos de personalidad

El mejor rendimiento académico corresponde al grupo G_3:3 (Resiliente), que supera ($p < .05$) tanto a G_1:1 (prototipo Vulnerable o Supracontrolado) como a G_2:2 (Infracontrolados).

9.4.5. Idea religiosa

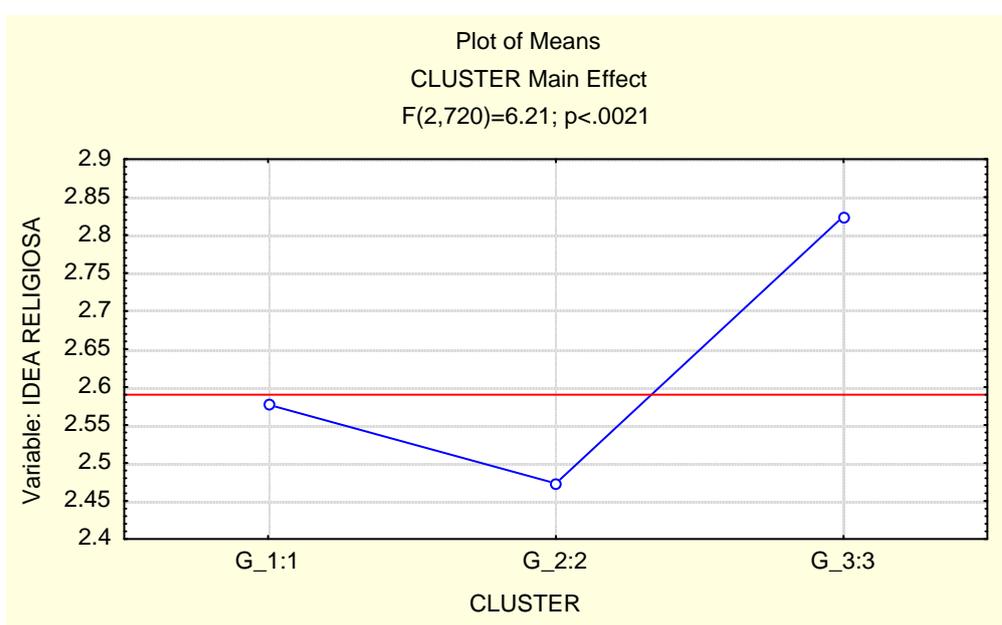


Figura 13. Ideas religiosas para cada uno de los tres grupos de personalidad

En esta variable de Ideas religiosas se muestra superior el prototipo Resiliente (G_3:3). Como ya referimos, las creencias religiosas de los adolescentes del G_3:3 (Resilientes) son superiores ($p < .001$) a las del grupo G_2:2 (Infracontrolado) y también supera ($p < .05$) al G_1:1 (Supracontrolado) a un nivel de confianza inferior. Por eso actúa como factor protector en los adolescentes de nuestro estudio.

9.5. La medida salutogénica del Sentido de coherencia (SOC-13): cinco niveles

9.5.1. Clasificación en niveles según las puntuaciones globales en el SOC -13 y el sexo

Teniendo en cuenta el número de participantes y el sexo, los grupos quedan constituidos por niveles de Sentido de coherencia (según los puntos obtenidos en el cuestionario SOC-13) tal como está reflejado en la tabla siguiente. Obtenemos cinco niveles que van desde el nivel 0, correspondiente al nivel más bajo de Sentido de Coherencia (< 45 puntos), al nivel 4 (> 74 puntos) correspondiente al nivel más alto.

Tabla 15. Clasificación de los adolescentes de la muestra según el nivel de Sentido de coherencia, o puntos obtenidos en la aplicación del Sentido de Coherencia-13, y el Sexo

| Sexo | Nivel 0 < 45 puntos | Nivel 1 45-54 puntos | Nivel 2 55-64 puntos | Nivel 3 65-74 puntos | Nivel 4 > 74 puntos | Total |
|---------|------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|------------|
| Varones | 23 (8%) | 83 (29%) | 110 (39%) | 50 (18%) | 17 (6%) | 283 (39%) |
| Mujeres | 54 (12%) | 131 (30%) | 158 (36%) | 65 (15%) | 32 (7%) | 440 (61%) |
| Total | 77 (11%) | 214 (29%) | 268 (37%) | 115 (16%) | 49 (7%) | 723 (100%) |

9.5.2. ANOVAs con Niveles de Sentido de coherencia y Sexo como variables independientes

Seguidamente procedemos al análisis de varianza con Sexo y niveles de Sentido de coherencia como variables independientes o clasificadoras y con Expectativas de Control como variables dependientes.

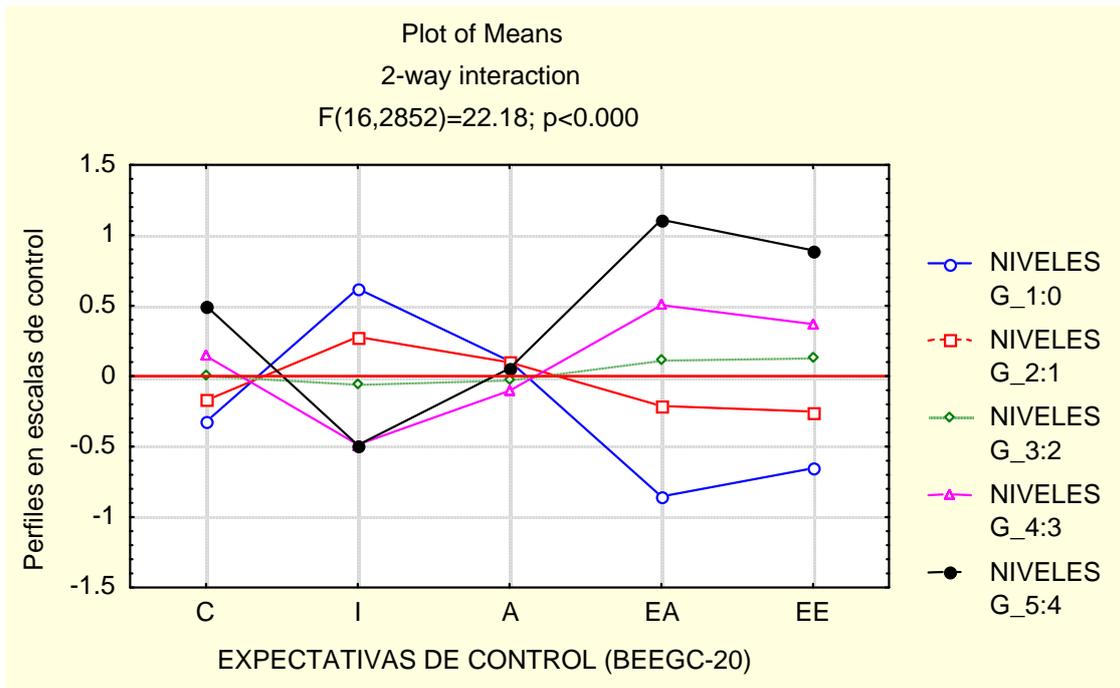


Figura 14. Se muestran en puntuaciones z las medias de los cinco grupos según su nivel de Sentido de coherencia

Los niveles quedan reflejados en figura 14, el más alto nivel de Sentido de Coherencia (nivel G_5:4) sobresale en Locus de control interno (C o Contingencia), pero sobre todo en Expectativas de Autoeficacia (EA) y Expectativas de Éxito (EE). Todo lo contrario ocurre con el nivel más bajo (nivel G_1:0) por ser el que menos puntúa en Contingencia (C), Expectativa de Autoeficacia y Expectativas de Éxito. El nivel 3 (G_4:3) es el siguiente en puntuar alto en esas tres escalas, lo mismo que el nivel 1 (G_2:1) es el siguiente en puntuar bajo en dichas escalas de control. El nivel intermedio 2 (nivel (G_3:2) marca la puntuación media de todos los grupos en las cinco escalas.

La escala de Indefensión (I) indica estados bajos de salud psicológica a medida que más alto se puntúa en ella. Vemos que los niveles altos 4 y 3 (niveles G_5:4 y G_4:3) de Sentido de coherencia son los más bajos en puntuar en Indefensión, al contrario de los niveles bajos 0 y 1 en Sentido de coherencia (niveles G_1:0 y G_2:1) los cuales obtienen las puntuaciones más altas en Indefensión Aprendida (I, de las Expectativas de Control o BEEGC-20).

Se harán ANOVAs con Sentido de coherencia (5 niveles) y Sexo (2) como variables clasificadoras y cada escala BEEGC-20 como variable dependiente.

Variable dependiente: Locus de control interno (Contingencia)

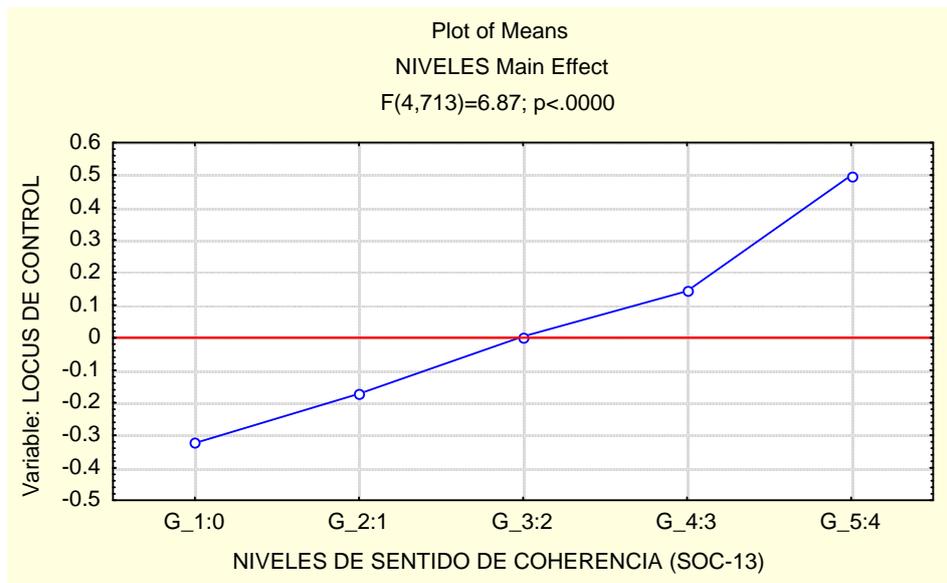


Figura 15. Diferencias en Locus de control interno (o la medida de Contingencia en BEEGC-20), según los niveles de Sentido de coherencia. Los valores aparecen en puntuaciones z

En la figura 15 comprobamos que a medida que el Sentido de coherencia se incrementa, el Locus de control interno es mayor (o la medida de Contingencia en BEEGC-20).

Existe diferencia de género, como efecto principal ($p < .001$), por ser globalmente superiores las mujeres en su Sentido de coherencia. En cuanto a los grupos situados en los cinco niveles, excepto entre el 1-2 y entre el 2-3, la comprobación post-hoc de Newman-Keuls muestra que las demás diferencias son todas estadísticamente significativas.

Variable dependiente: Autoeficacia (Expectativa de Autoeficacia)

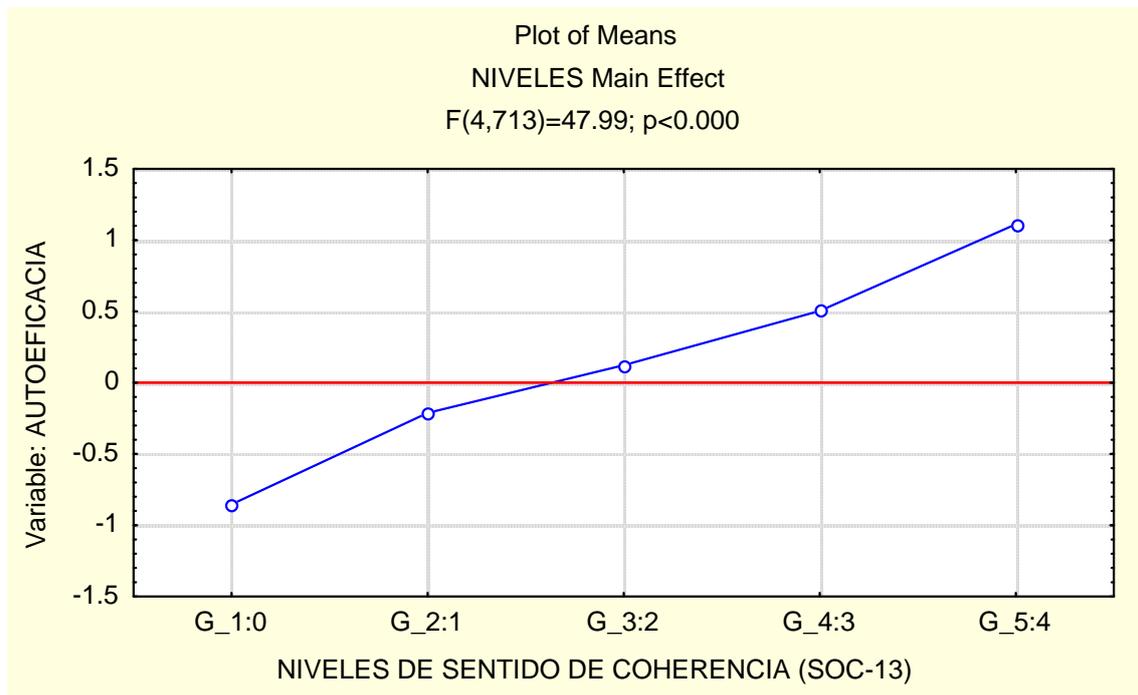


Figura 16. Diferencias individuales en Expectativa de Autoeficacia (BEEGC-20) según el Nivel de Sentido de coherencia de los cinco grupos, en puntuaciones z

Existen diferencias de género ($p < .001$) por ser superiores los varones a las mujeres en esta variable.

En cuanto a los grupos situados en los cinco niveles, la comprobación post-hoc de Newman-Keuls muestra que existen diferencias estadísticas entre todos los cinco grupos, todas ellas altamente significativas ($p < .001$).

A continuación se hará un proceso de análisis similar para las 5 dimensiones de personalidad, y de autoestima. Para concluir con los análisis con los factores de riesgo y protectores como variables dependientes.

9.5.3. La AUTOESTIMA GLOBAL como variables dependiente

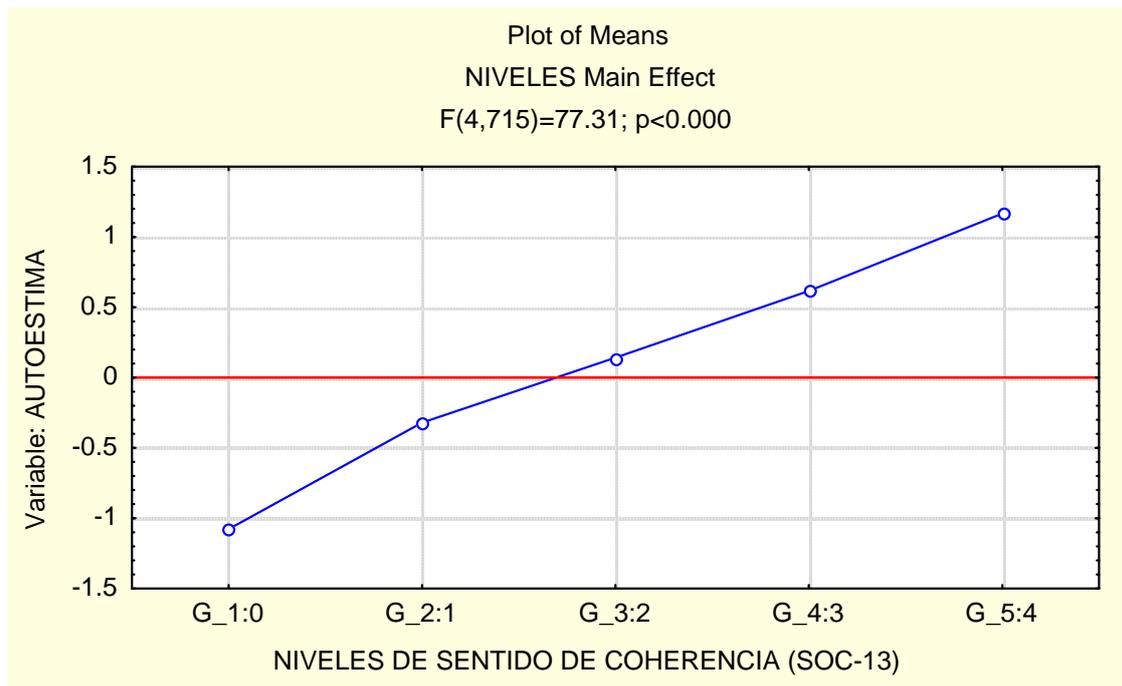


Figura 17. Diferencias en Autoestima Global (Escala de Rosenberg) según el Nivel de Sentido de coherencia de los cinco grupos, en puntuaciones z

El efecto principal de Sexo en Autoestima no llega a ser muy significativo ($p < .05$), quedándose en una clara tendencia que indica superioridad de los varones en esta variable.

En cuanto a la comprobación post-hoc de Neuman-Keuls para los niveles de Sentido de coherencia, las diferencias altamente significativas se dan entre todos los cinco niveles.

9.5.4. Las dimensiones (o factores) de personalidad como variables dependientes

Las mujeres puntúan más alto que los varones en Neuroticismo ($p < .001$). La comprobación post-hoc de Newman-Keuls da diferencias altamente significativas entre todos los niveles ($p < .001$).

NEUROTICISMO

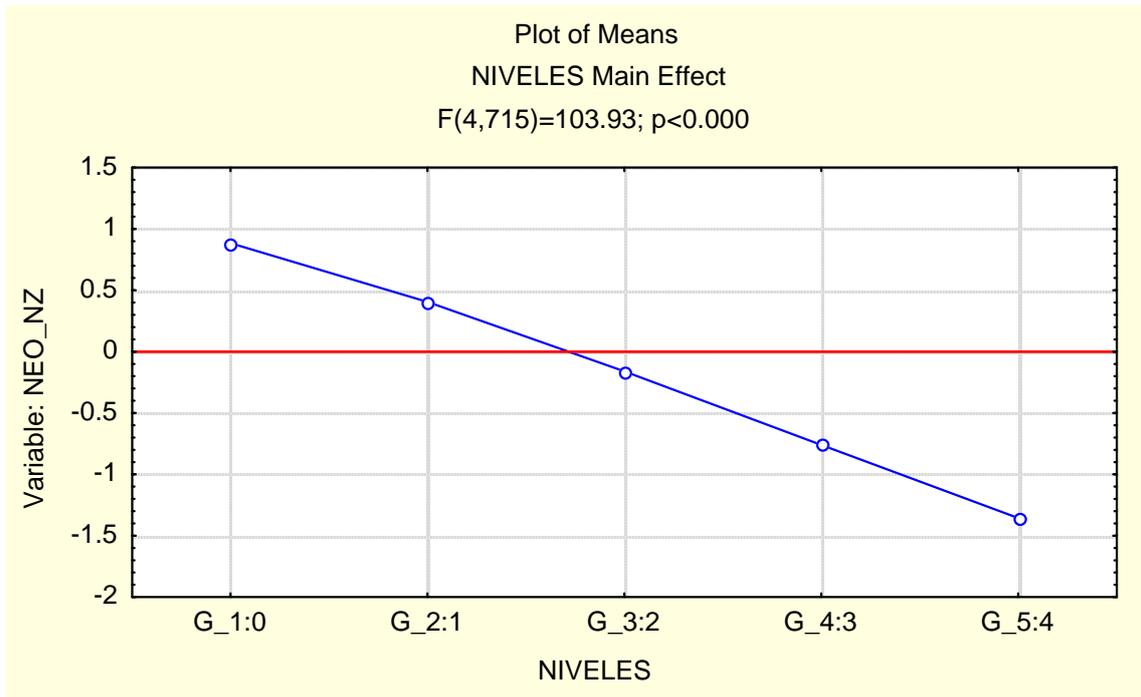


Figura 18. Diferencias en Neuroticismo, según los niveles de Sentido de coherencia, en puntuaciones z

En la figura 18 observamos que a mayor Neuroticismo (NEO_NZ), menor nivel de los cinco grupos de Sentido de Coherencia.

En el factor Apertura a la experiencia, las mujeres son superiores a los varones ($p < .05$), pero no hay diferencias entre los niveles de Sentido de coherencia.

No hay diferencias de género en la variable Extraversión (NEO_EZ). En cuanto a niveles de Sentido de coherencia, la comprobación post-hoc de Newman-Keuls arroja diferencias significativas en Extraversión entre los grupos entre sí excepto en los dos más altos en Sentido de coherencia que también lo son en Extraversión-

En la figura 19 observamos que a mayor Extraversión (NEO_EZ), mayor nivel de los cinco grupos de Sentido de Coherencia.

EXTRAVERSION

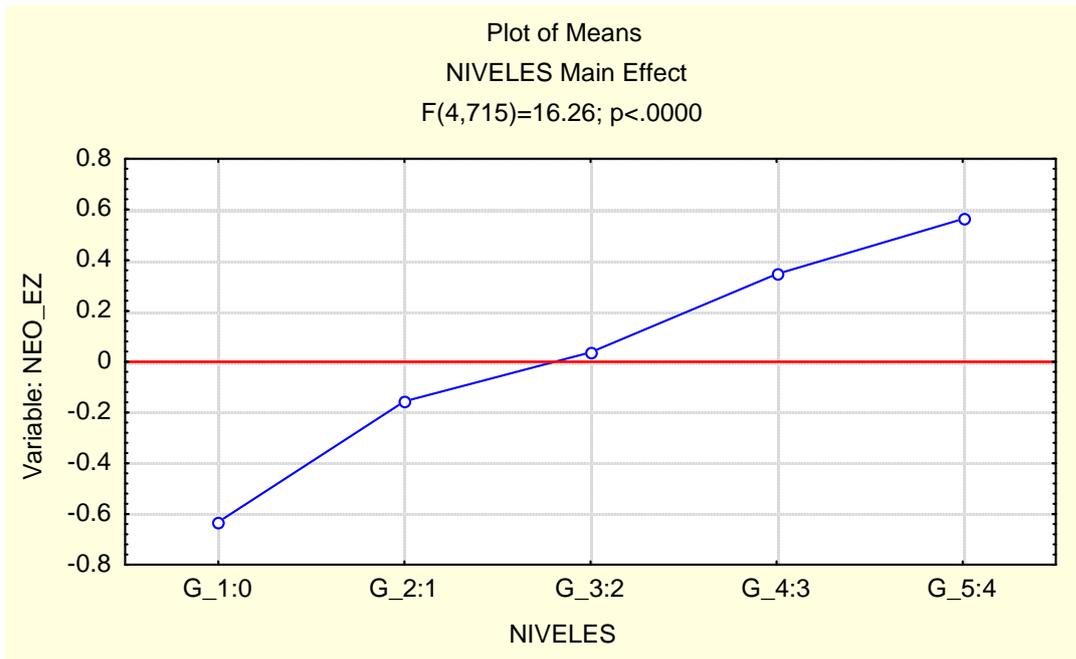


Figura 19. Diferencias en Extraversión, según los niveles de Sentido de coherencia, en puntuaciones z

AMABILIDAD

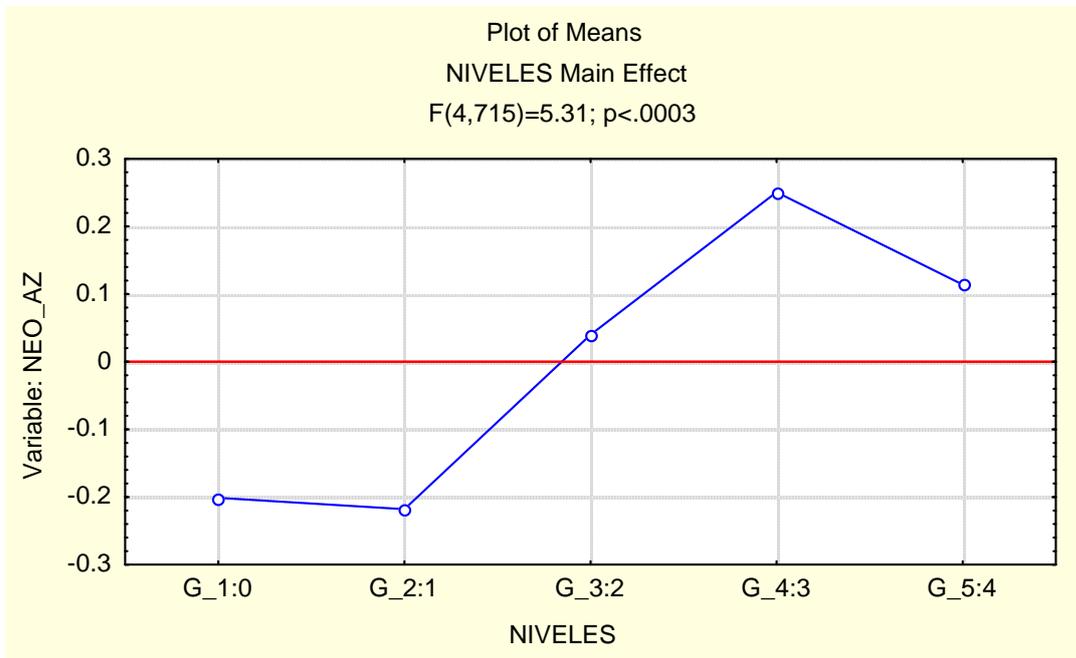


Figura 20. Diferencias en Amabilidad, según los niveles de Sentido de coherencia, en puntuaciones z

Existen diferencias de género ($p < .001$) por ser las mujeres superiores a los varones en esta variable de Amabilidad.

En cuanto a los niveles de Sentido de coherencia, éstos no corresponden lo más inferior en Sentido de coherencia (G_1:0) con lo más inferior en Amabilidad (NEO_AZ) ni lo más alto en Sentido de coherencia (G_5:4) y en Amabilidad. Pero sí se da gran diferencia entre los dos grupos bajos y los dos grupos altos en Sentido de coherencia que también son bajos y altos respectivamente en el factor Amabilidad.

RESPONSABILIDAD

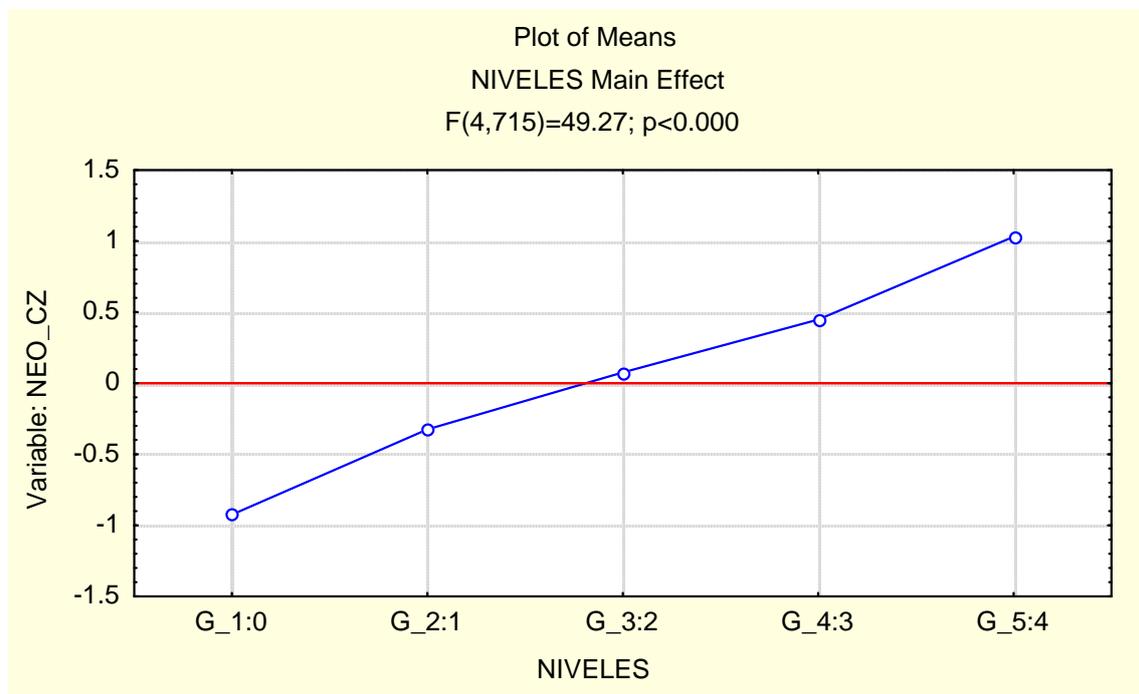


Figura 21. Diferencias en Responsabilidad según los niveles de Sentido de coherencia, en puntuaciones z

A más alto Sentido de coherencia, mayor nivel de Responsabilidad (NEO_CZ) en la personalidad. Las mujeres puntúan más alto que los varones en esta variable de Responsabilidad de la personalidad ($p < .001$). Por niveles de Sentido de coherencia, las diferencias son altamente significativas entre todos los grupos o niveles ($p < .001$) después de la prueba post-hoc de Newman-Keuls.

9.6. El Sentido de coherencia (SOC-13) y factores de riesgo o protectores

A continuación analizamos el Sentido de coherencia y los factores de riesgo. Consideramos para este análisis los siguientes factores de riesgo: el Consumo de tabaco, la Ideación suicida y Faltar a clase. Y consideramos factores protectores: el rendimiento académico y las Ideas religiosas. Como ya fue comentado, consideramos las Ideas religiosas en el grupo de factores protectores porque son más frecuentes en el grupo de los adolescentes Resilientes.

9.6.1. Consumo de tabaco en adolescentes

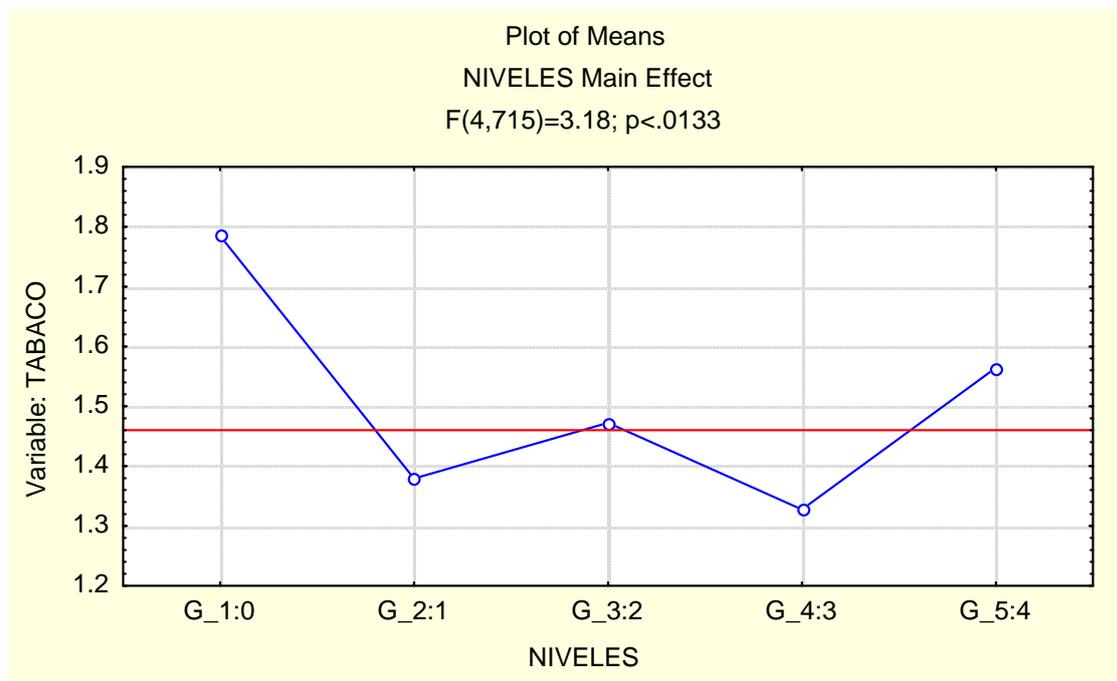


Figura 22. Diferencia entre los niveles de Sentido de coherencia en cuanto al Consumo de tabaco

El Nivel 0 (G_1:0), o el más bajo en Sentido de coherencia (SOC-13), supera al Nivel 1 (G_2:1) y al 3 ($p < .01$) y al nivel 2 ($p < .05$) en Consumo de tabaco, según la comprobación post-hoc de Newman-Keuls. Sin embargo, no supera en el uso del tabaco a los más altos en Sentido de coherencia que son los del Nivel 4 (G_5:4).

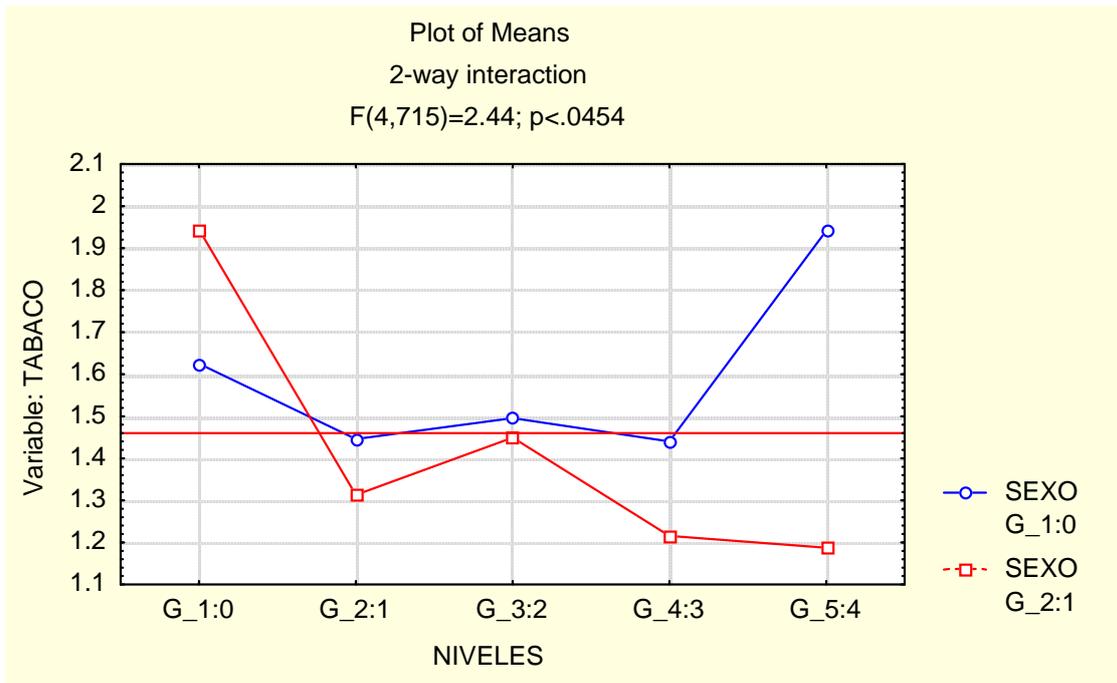


Figura 23. Interacción de Niveles de Sentido de coherencia por Sexo, en la variable TABACO

La interacción muestra en primer lugar que los varones (G_1:0) más fumadores son los que más alto puntúan en Sentido de coherencia. Y en segundo lugar, a la inversa en las mujeres (G_2:1), ya que éstas prescinden del tabaco a medida que su puntuación en Sentido de coherencia es más alta. Por tanto, en los varones es compatible ser fumador con Sentido de coherencia alto, pero de ninguna manera el Sentido de coherencia alto es compatible con fumar en las mujeres.

En Veselska et al. (2009), edades más jóvenes (14 años de media de edad) hallaron diferencias significativas, superando los varones a las mujeres en el uso de cigarrillos. En nuestro estudio existe una tendencia clara a ser los varones quienes más usan tabaco ($p = .05$) en comparación con las mujeres. La medición fue la misma que la nuestra, a través de un único ítem y cinco alternativas de respuesta, donde 1 significaba *no fumar nunca*, hasta 5 que significaba *fumar todos los días*. Como eran relativamente pocos los que hacían algún uso del tabaco, dicotomizaron la variable con los sujetos que habían contestado 1 (no haber fumado nunca) y el resto de adolescentes.

Nosotros hemos de tener en cuenta tres puntualizaciones respecto al trabajo de Veselska et al. (2009). La primera es que el número de sujetos era superior a 2000 y

se dividía aproximadamente por igual entre los participantes de ambos sexos. La segunda puntualización indica que nuestros adolescentes son de mayor edad que los suyos (los nuestros poseen tres años más de media que los suyos). Tercera puntualización, que nosotros hemos de hacer análisis por separado y comprobar cómo se relaciona el Tabaco con el Sentido de coherencia en mujeres, precisamente por ser éstas las que en mayor número componen la muestra.

Con estas aclaraciones previas, también podemos dicotomizar la variable “Tabaco” con el fin de reducir la diferencia de fumadores entre los Niveles de Sentido de coherencia, tomando como referencia más segura a las mujeres participantes en busca de conclusiones provisionales más acertadas respecto a los datos salutogénicos del uso de tabaco en la adolescencia. Recordemos que, según la Tabla 10, Tabaco correlacionaba con los factores de riesgo y en negativo con los protectores.

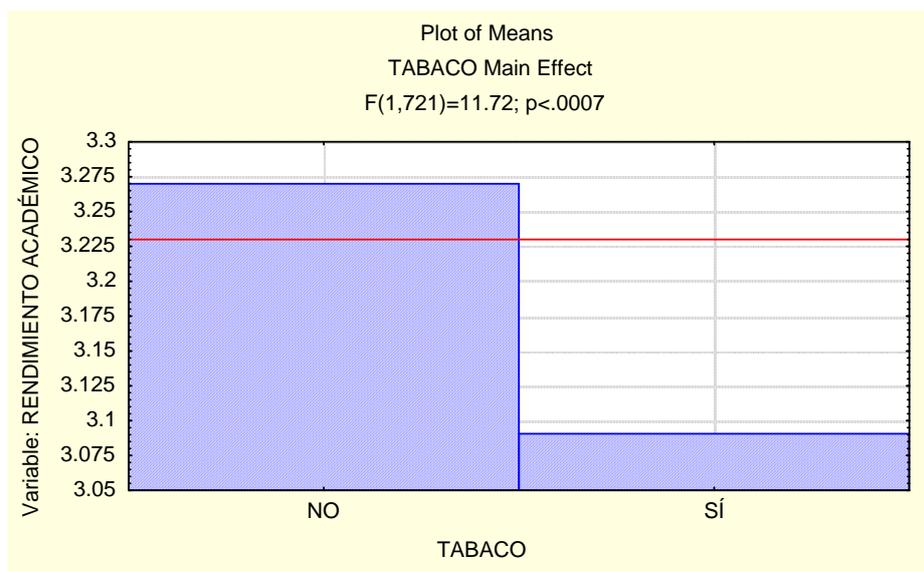


Figura 24. Los adolescentes que NO consumen tabaco frente a los que SÍ lo consumen, en RENDIMIENTO ACADÉMICO.

En la figura 24 comprobamos que los adolescentes que no consumen tabaco superan con mucho en Rendimiento académico a los adolescentes que sí consumen tabaco.

En la Tabla 16 distribuimos por sexo los adolescentes que nunca han consumido tabaco con los que sí han consumido. Observamos que los primeros son muy superiores (565) a los que sí han consumido tabaco (160).

Tabla 16.- Distribuidos por sexo y porcentajes, los NO tabaco y Sí tabaco

| | No fumadores | Sí fumadores | Total |
|---------|--------------|--------------|-------|
| Varones | 215 (75%) | 70 (25%) | 285 |
| Mujeres | 350 (80%) | 90 (20%) | 440 |
| Total | 565 (78%) | 160 (22%) | 725 |

El 22% de los adolescentes que sí han consumido tabaco son los que muestran un Rendimiento Académico inferior al 78% que nunca lo ha consumido.

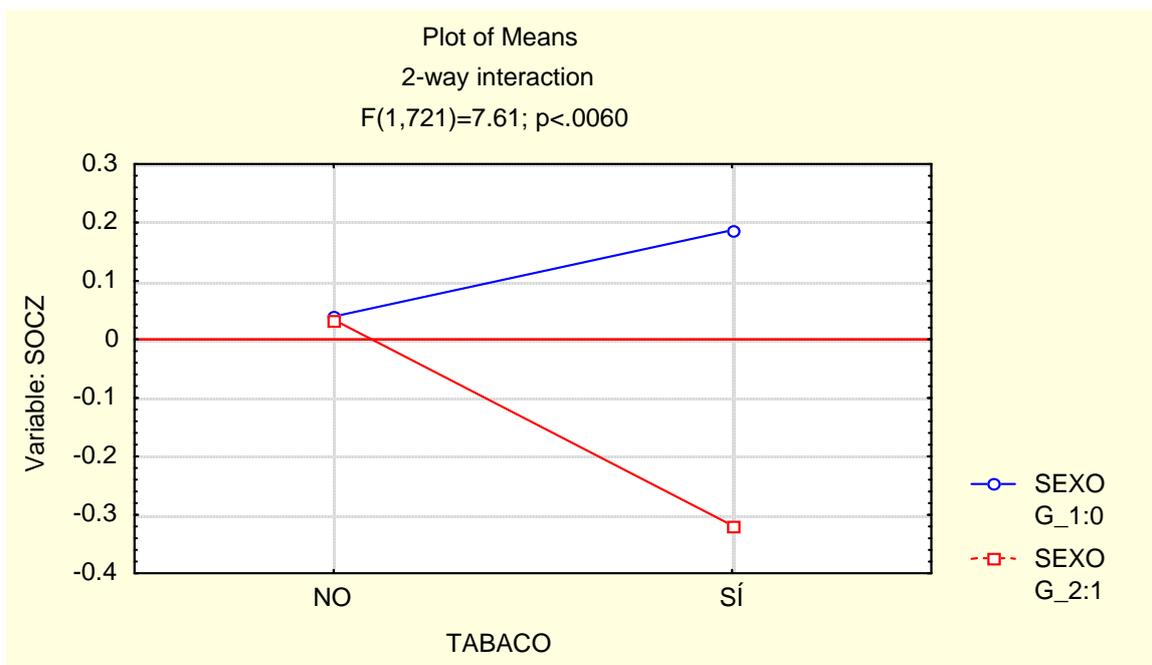


Figura 25. Los adolescentes que NO consumen tabaco frente a los que Sí lo consumen en Sentido de coherencia, teniendo en cuenta el sexo.

En la figura 25 nuevamente una interacción muestra que en los fumadores el Sentido de coherencia (SOCZ) es alto en varones (G_1:0) y bajo en mujeres (G_2:1). Puntuaciones z de los fumadores y no fumadores en Sentido de coherencia.

Hemos realizado ANOVAs separados para cada Sexo, con Tabaco y Sentido de coherencia como variables independientes. A continuación se muestra la nula

influencia que tiene el consumo o no de tabaco en relación con la Autoestima y el Sentido de coherencia. Este resultado se explica por el escaso número de chicas y chicos que hacen uso del tabaco.

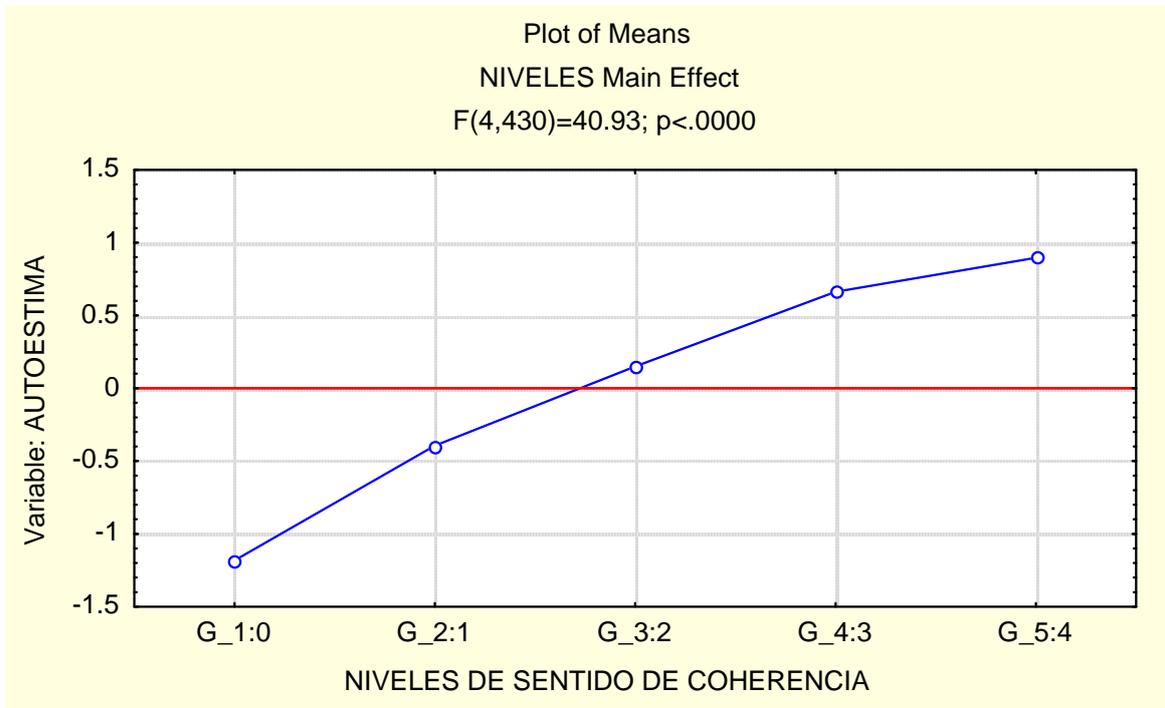


Figura 26. ANOVA de Tabaco y Sentido de coherencia como variables independientes, con Autoestima como variable dependiente (sólo en las 440 mujeres)

Se muestra que la Autoestima de las adolescentes no se relaciona con Tabaco, pero sí con el mayor o menor Sentido de coherencia (SOC-13): A mayor puntuación de Sentido de coherencia, mayor puntuación en la variable Autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg)

En la figura 27, se muestra que a mayor puntuación de Sentido de coherencia (SOC-13) de los adolescentes varones, mayor puntuación en la Escala de Autoestima de Rosenberg.

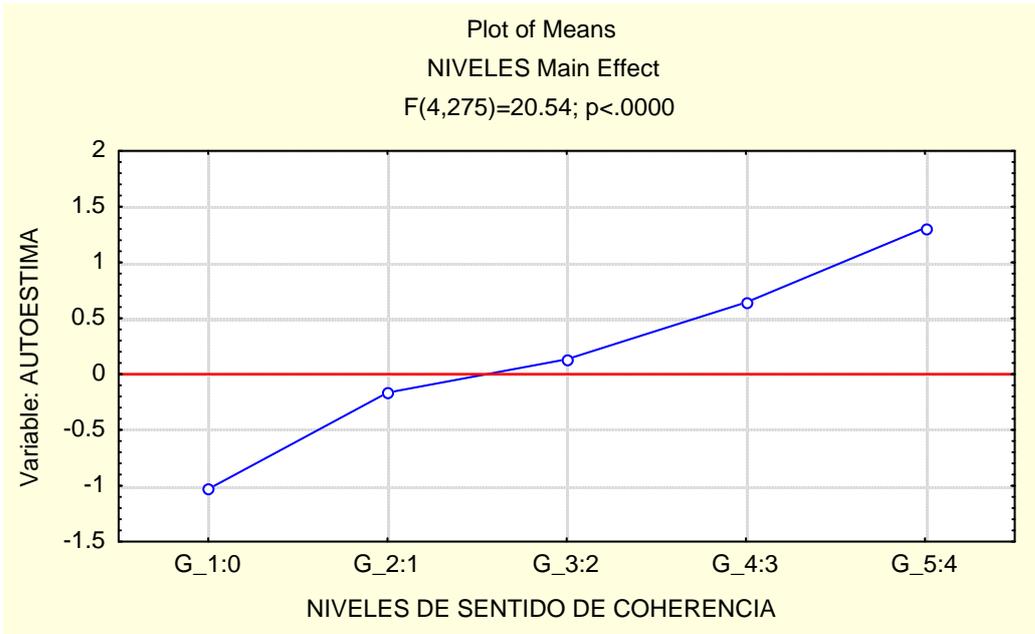


Figura 27. Tabaco y Sentido de coherencia como variable independiente con Autoestima como variable dependiente (Sólo en los 285 varones)

9.6.2. El Sentido de Coherencia y las Ideas religiosas

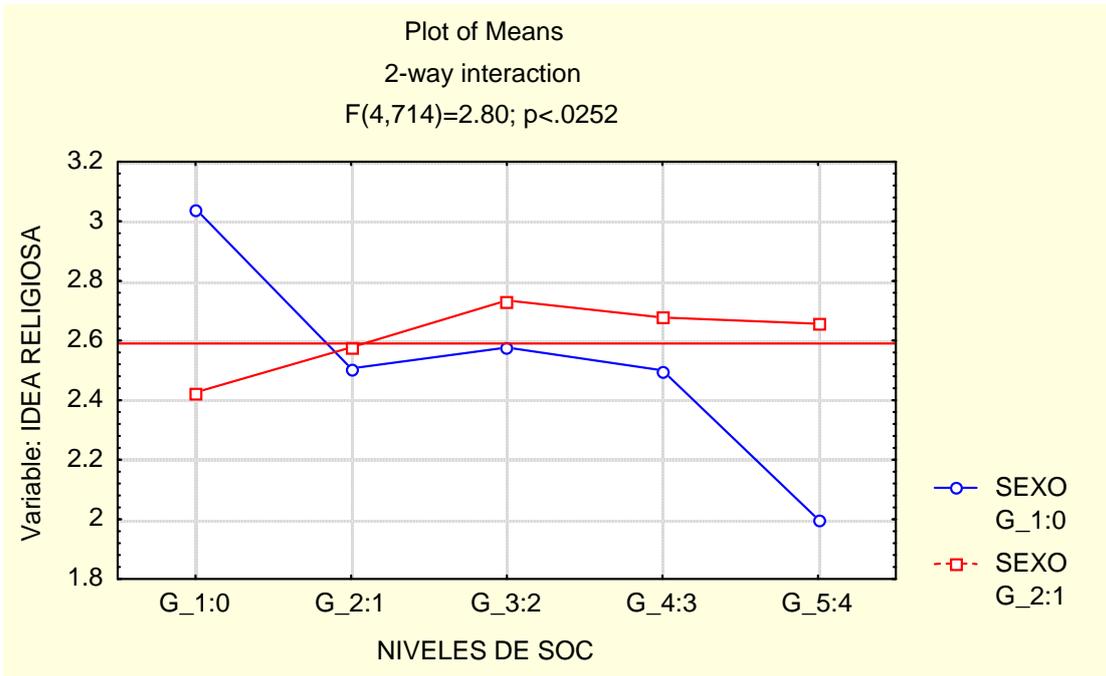


Figura 28. Interacción Sentido de coherencia e Idea religiosa por Sexo

La interacción de la Figura 28 muestra que la Idea religiosa apenas cambia en las mujeres (G_2:1) en relación a su Sentido de coherencia más bajo o más alto. Pero no ocurre lo mismo en varones, en los cuales la mayor preocupación religiosa se da en

el más bajo de Sentido de coherencia, nivel 0 (G_1:0), llegando a encontrarse la menor preocupación religiosa cuando el nivel de Sentido de coherencia es el más alto, nivel 4 (G_5:4).

9.6.3. El Sentido de coherencia y la Ideación suicida

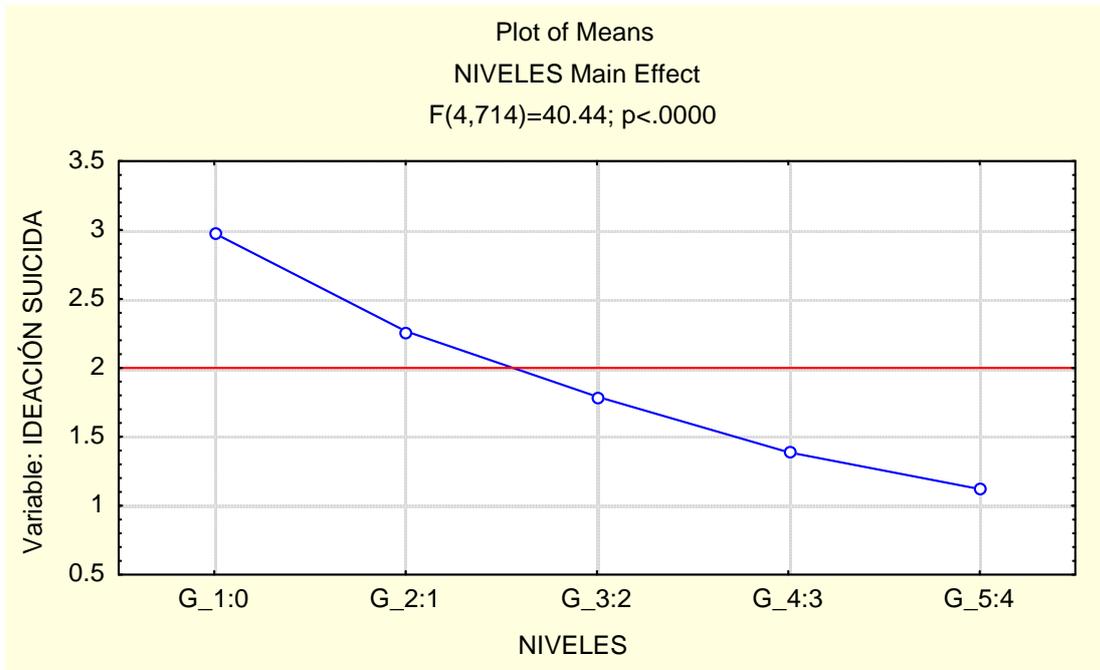


Figura 29. La Ideación suicida en adolescentes está muy relacionada con los Niveles de Sentido de coherencia

A mayor Sentido de coherencia, menor Ideación suicida en la población adolescente de 17 años de media de edad.

Esta relación entre el Sentido de coherencia y la Ideación suicida es una importante conclusión del análisis del constructo salutogénico del Sentido de coherencia, medido con el cuestionario SOC-13.

La mayor parte de los sujetos se sitúan en niveles intermedios, para ambos sexos, como hemos visto en la Tabla 15.

9.6.4. El Sentido de coherencia y el Rendimiento Académico

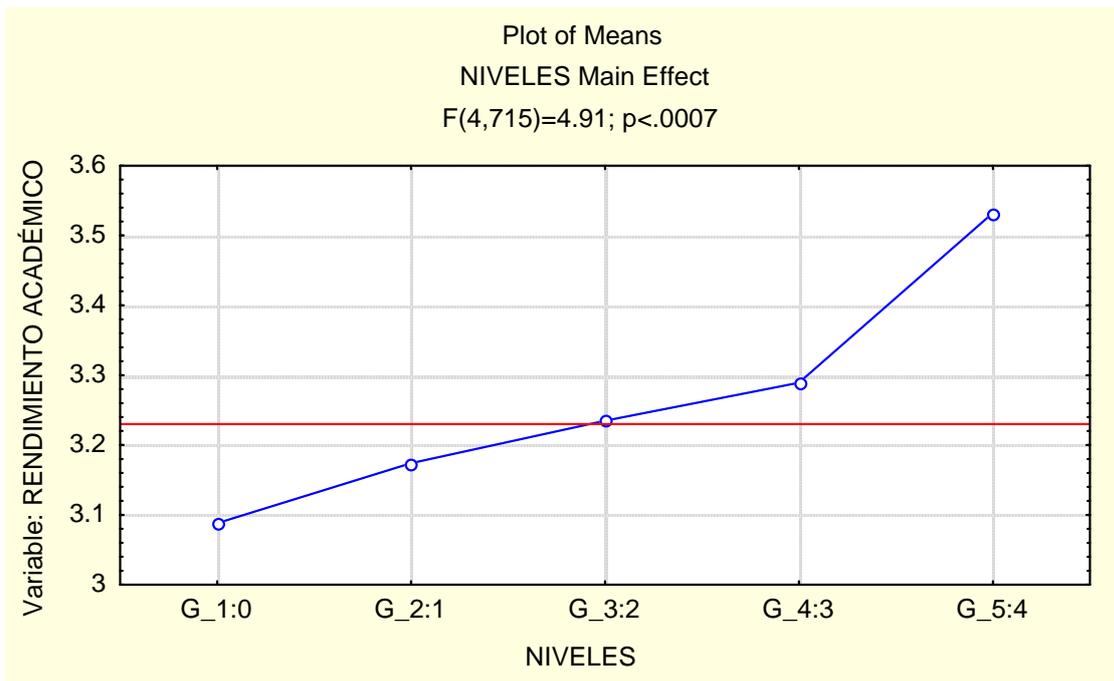


Figura 30. Niveles de Sentido de coherencia y Rendimiento académico

Claramente, el Sentido de coherencia marca el ascenso del Rendimiento o aprovechamiento académico con el aumento de sus Niveles. A mayor Sentido de coherencia, más Rendimiento, al contrario que en la Ideación suicida del apartado anterior.

9.7. La influencia de la edad en los resultados

9.7.1. Adolescentes entre los 15 y los 19 años

Para abordar mejor la edad de los participantes en esta investigación, hemos prescindido de unos pocos casos que superaban los 19 años. Por tanto, los grupos de edad serán 5 desde los 15 a los 19 años, correspondiendo a las edades intermedias de 16-18 años, el mayor número de participantes. Tienen una media de edad de 17.1 años y una desviación típica de 1.01. Los vemos en la Tabla siguiente, en la que se observa que la muestra total ha bajado de 725 a 710 adolescentes.

Tabla 17. Los participantes por edad y sexo

| Sexo | 15 años | 16 años | 17 años | 18 años | 19 años | Totales |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Varones | 24 | 27 | 146 | 52 | 26 | 275 |
| Mujeres | 31 | 44 | 243 | 100 | 17 | 435 |
| Totales | 55 | 71 | 389 | 152 | 43 | 710 |

9.7.2. Sobre si con la edad cambia el Sentido de coherencia, la Autoestima y la Autoeficacia en la Adolescencia

El Sentido de coherencia de los adolescentes no se modifica con la Edad, es decir, se mantienen los mismos niveles de Sentido de coherencia a lo largo de la edad entre 15 y 19 años.

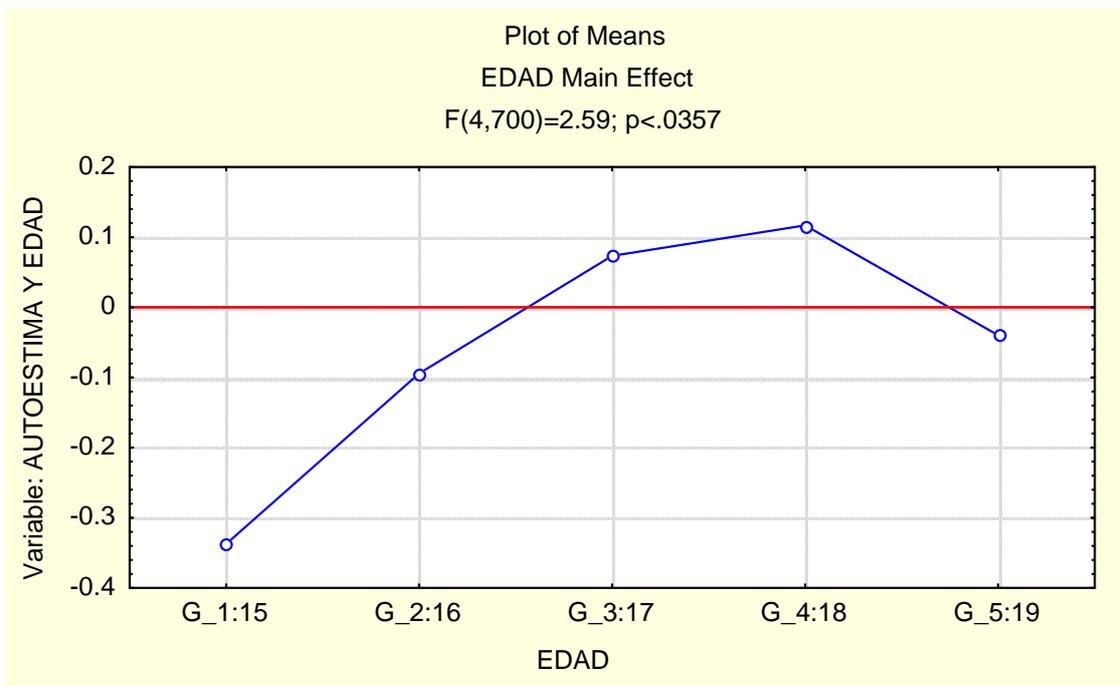


Figura 31. Autoestima y Edad de los adolescentes

La Autoestima aumenta desde los 15 años (G_1:15) hasta los 18 años (G_4:18).

No se aprecian diferencias de género en relación a la Autoestima.

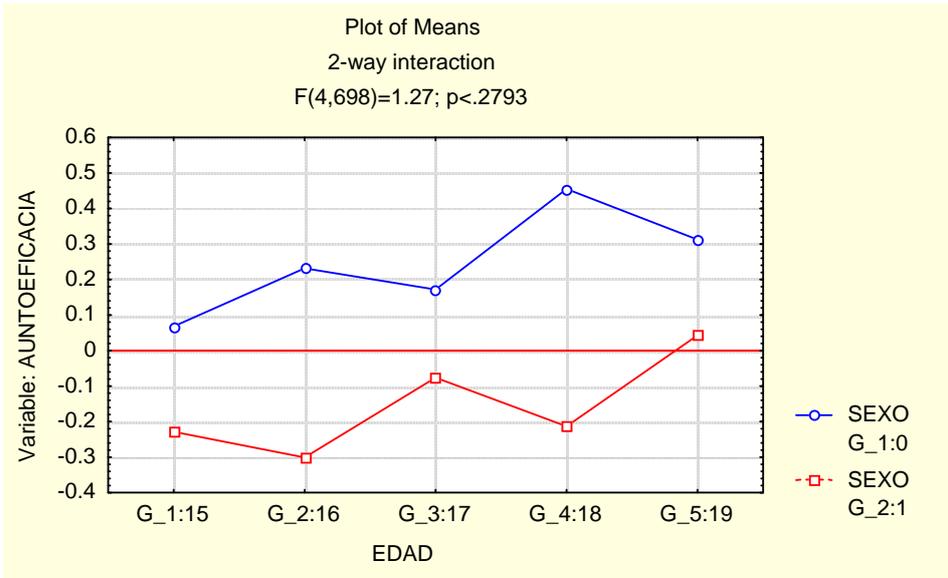


Figura 32. Autoeficacia y Edad de los adolescentes

En la figura 32 se muestran las diferencias de género entre 15 años (G_1:15) y los 19 años (G_5:19). Estas diferencias en Autoeficacia (EA, de BEEGC-20), entre varones (G_1:0) y mujeres (G_2:1), se mantienen altas ($p < .001$) y constantes a lo largo de los años, entre los 15 y los 19, siempre superando los varones a las mujeres.

9.7.3. Sobre si con la edad se modifican las conductas de riesgos y las protectoras en la Adolescencia

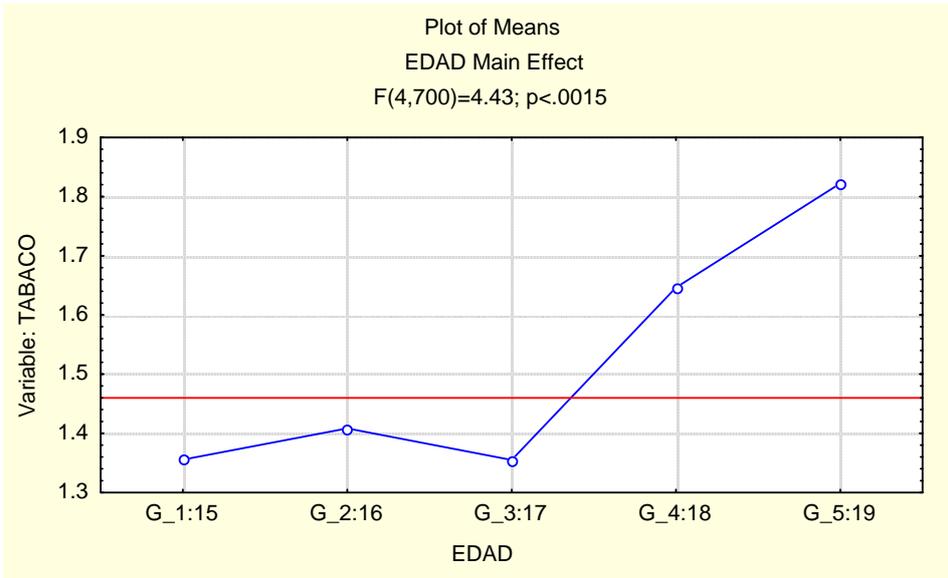


Figura 33. Consumo de tabaco y Edad de los adolescentes

En la figura 33 observamos que el Consumo de tabaco aumenta con la edad especialmente después de los 17 años (G_3:17).

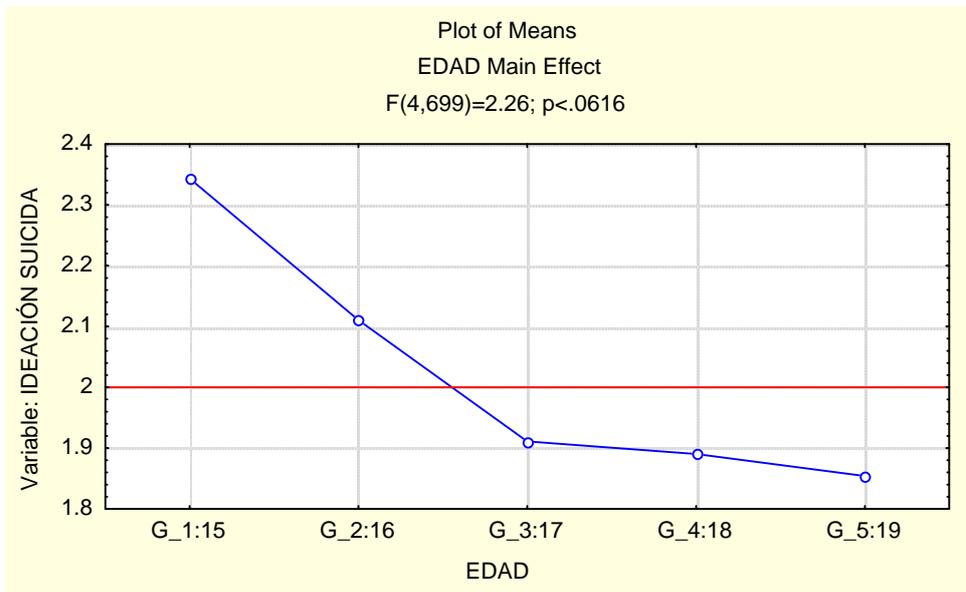


Figura 34. Ideación suicida y Edad de los Adolescentes

En la figura 34 vemos que la Ideación suicida es mayor en los adolescentes más jóvenes, los de 15 años (G_1:15), y disminuye con la edad. En la figura 35 vemos que es superior en mujeres (G_2:1) ($p < .05$), particularmente a los 15-16 años (G_2:16)

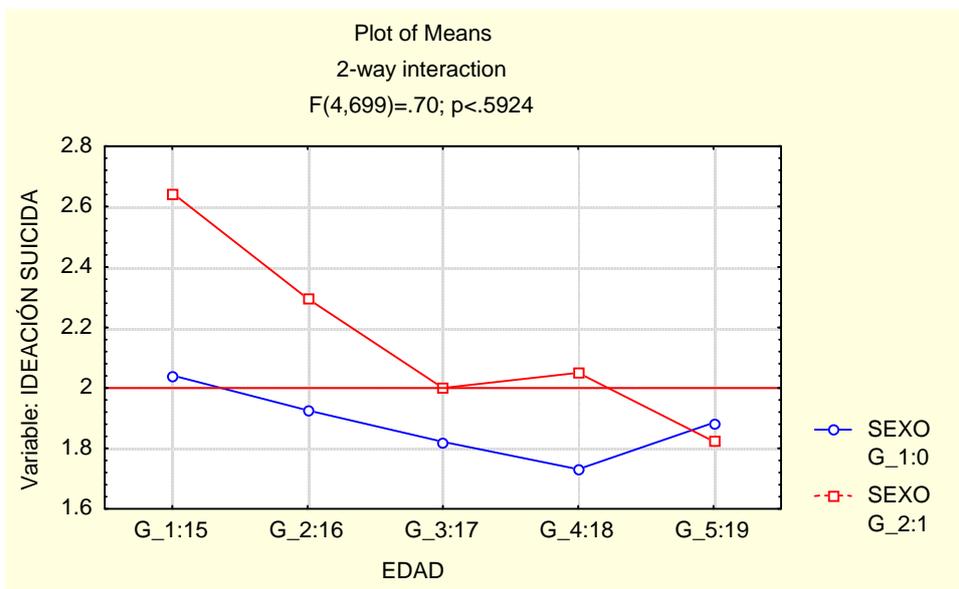


Figura 35. Diferencias de género en Ideación suicida e edad de los adolescentes

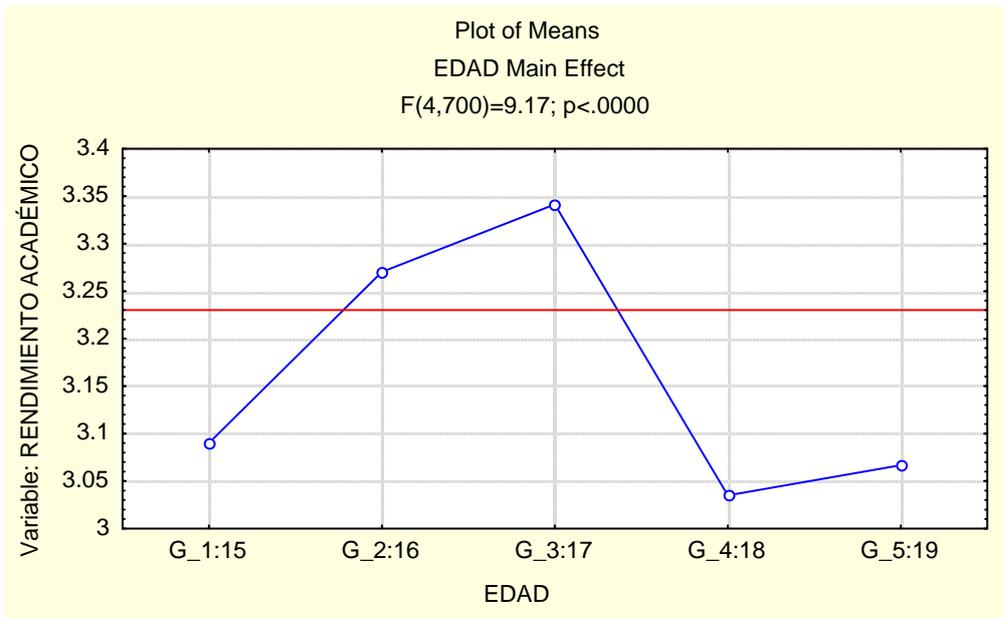


Figura 36. Rendimiento académico y Edad de los adolescentes

El mayor rendimiento académico se da a los 16 (G_2:16) -17 (G_3:17) años, que son los que registran la mayor asistencia a clase como se observa en la siguiente figura.

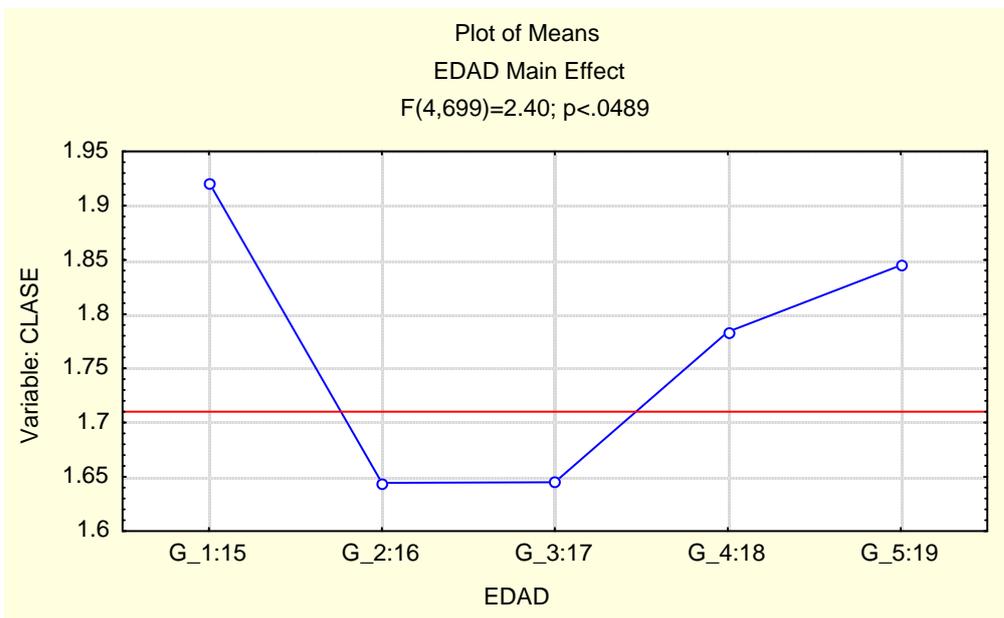


Figura 37. Falta de asistencia a clase y Edad de los adolescentes

Faltar a clase es el complemento significativo de la Figura anterior del Rendimiento académico. Las dos edades del mejor Rendimiento son las que acuden normalmente a clase, entre los 16-17 años.

9.8. La concordancia entre el acercamiento centrado en las personas y el de niveles de Sentido de coherencia

Se trata de establecer con nuestros datos la coincidencia de la mejor adaptación de los tres Prototipos de Personalidad con los niveles más altos del Sentido de coherencia. Para ello, comprobaremos los sujetos de los Niveles de Sentido de coherencia que están clasificados en cada uno de los Prototipos de Personalidad, varones y mujeres.

Haremos ANOVAs a cada prototipo por separado, con sexo y nivel como variables independientes, para las variables dependientes de AUTOESTIMA Y AUTOEFICACIA.

Tabla 18. Clasificación de los adolescentes RESILIENTES según su Sentido de coherencia y sexo

| | Nivel 0 | Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 | Nivel 4 | Total |
|---------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-----------|
| Sexo | < 45 puntos | 45-54 puntos | 55-64 puntos | 65-74 puntos | > 74 puntos | |
| Varones | 2 | 13 | 25 (24) | 8 | 8 | 56 (55) |
| Mujeres | 5 | 26 | 53 | 34 | 20 | 138 |
| Total | 7 (4%) | 39 (20%) | 78 (40%) | 42 (22%) | 28 (14%) | 194 (193) |

La gran mayoría de los adolescentes RESILIENTES están por encima de la media en Sentido de coherencia, lo mismo que sólo los pocos del Nivel 0 se hallan por debajo de la media de la muestra total en AUTOESTIMA. En AUTOEFICACIA, los sujetos de cada nivel de Sentido de coherencia son los mismos que en Autoestima, pero incluso hasta los del Nivel 0 se hallan por encima de la media de toda la muestra en esa variable que es la Expectativa de Autoeficacia. (Un varón del Nivel 2 no ha entrado en el ANOVA de Autoeficacia).

Tabla 19. Clasificación de los adolescentes INFRACONTROLADOS según su Sentido de coherencia y sexo

| | Nivel 0 | Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 | Nivel 4 | Total |
|---------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------|
| Sexo | < 45 puntos | 45-54 puntos | 55-64 puntos | 65-74 puntos | > 74 puntos | |
| Varones | 5 | 31 | 63 | 40 | 9 | 148 |
| Mujeres | 5 | 30 | 72 | 29 | 12 | 148 |
| Total | 10 (3%) | 61 (21%) | 135 (46%) | 69 (23%) | 21 (7%) | 296 |

La mayoría de los adolescentes INFRACONTROLADOS están por encima de la media global en AUTOESTIMA, estando sólo los Niveles 0 y 1 de Sentido de coherencia por debajo. La misma clasificación de los sujetos en Sentido de coherencia vale también para AUTOEFICACIA. De modo similar, sólo están por debajo de la media global en Autoeficacia los Niveles 0 y 1 de Sentido de coherencia de los Infracontrolados.

Tabla 20. Clasificación de los adolescentes SUPRACONTROLADOS según su Sentido de coherencia y sexo

| Sexo | Nivel 0 < 45 puntos | Nivel 1 45-54 puntos | Nivel 2 55-64 puntos | Nivel 3 65-74 puntos | Nivel 4 > 74 puntos | Total |
|---------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|-----------|
| Varones | 17 (16) | 39 | 23 | 2 | 0 | 81 (80) |
| Mujeres | 44 | 75 | 33 | 2 | 0 | 154 |
| Total | 61 (26%) | 114 (48%) | 56 (24%) | 4 (2%) | 0 (0%) | 235 (234) |

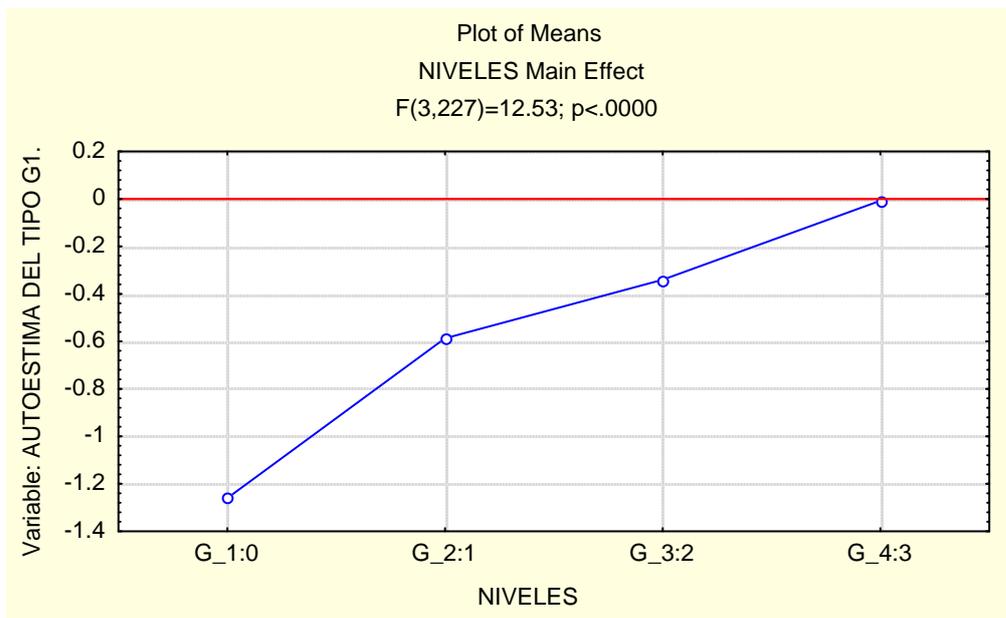


Figura 38. El Tipo G1 es el tipo Supracontrolado o Vulnerable de personalidad con todos sus niveles de Sentido de coherencia puntuando por debajo de la media de la muestra total en Autoestima

El 100% de los SUPRACONTROLADOS se hallan por debajo de la media de la muestra total de adolescentes en AUTOESTIMA (Figura 5.26), quedando de manifiesto que en el Nivel 3 de Sentido de coherencia se sitúan sólo 2 de cada sexo, y ninguno en el Nivel 4 que es el más alto. Este grupo o prototipo de personalidad es calificado

apropiadamente de TIPO SUPRACONTROLADO adaptativamente, con escasas puntuaciones en las variables que mejor miden la salud psicológica de los adolescentes.

Igualmente, el 100% de este grupo se halla por debajo de la media de la muestra global en AUTOEFICACIA. Existen las mismas agrupaciones en Sentido de coherencia, excepto un sujeto varón del Nivel 0 que no entró en el ANOVA.

En suma, la concordancia del Sentido de coherencia (medida con el cuestionario Sentido de coherencia-13) es muy alta con la clasificación de los Tres Prototipos de Personalidad (medidos con el Inventario NEO-FFI). Nos ofrece en ambas medidas a dos grupos de adolescentes con perfiles adaptativos opuestos, el grupo **Resiliente** o bien adaptado por sus características de Personalidad, que a su vez posee altos niveles de Sentido de coherencia, y el grupo **Supracontrolado** que destaca por ser opuesto al Resiliente tanto por sus dimensiones de Personalidad como por sus bajos niveles de Sentido de coherencia. Un tercer grupo, el **Infracontrolado**, que es amplio entre los adolescentes de la muestra y por lo general obtiene puntuaciones adaptativas intermedias entre el grupo Resiliente por arriba y el Supracontrolado por abajo. Esta misma consideración viene corroborada por las puntuaciones de cada grupo en Autoestima y Autoeficacia, variables saludables de probado carácter positivo y adaptativo.

Capítulo 10. Discusión y conclusiones

10.1. Discusión

En este estudio del Sentido de coherencia en adolescentes, hemos de retomar algunos conceptos recogidos en el capítulo 1 a propósito de la publicación de Buddeberg-Fischer et al. (2001).

Se ha utilizado el Sentido de coherencia-13, como instrumento de medida, en su versión portuguesa. Podemos decir que el Sentido de coherencia (SOC-13) es un instrumento con garantías para medir la resistencia de un individuo ante situaciones de estrés. Los individuos con niveles altos en sus puntuaciones en el Sentido de coherencia (SOC-13) son los que tienen mayor probabilidad de percibir los estresores como predecibles y explicables, tienen confianza en su capacidad de sobreponerse a los estresores y juzgan que vale la pena enfrentarse a tales retos que la vida ofrece. Por el contrario, las bajas puntuaciones en el Sentido de coherencia (SOC-13) indican una relativa ausencia de las anteriores creencias.

A su vez, el Sentido de coherencia tiene semejanzas con otras teorías, como Autoeficacia, Locus de control y la tipología Resiliente de la personalidad.

La discusión sobre la edad en que el Sentido de coherencia adquiere estabilidad sigue siendo objeto de debate (Feldt, Leskinen, Koskenvuo, Suominen, Vahtera y Kivimäki, 2011). En adultos, parece que esa supuesta estabilidad conseguida se mantiene sin que dependa ya de la edad. Un Sentido de coherencia alto, y no tanto la edad superior, parece determinar el desarrollo estable del Sentido de coherencia, afirman Feldt et al. (2011).

Para Antonovsky (1987, 1993), el Sentido de coherencia se desarrolla fundamentalmente durante las primeras décadas de la vida. En este desarrollo, ejercen gran influencia las experiencias de la infancia y adolescencia, volviéndose más estable a lo largo de la vida, es más difícil de modificar a medida que envejecemos. Sin embargo, nuestros datos indican que el Sentido de coherencia es relativamente estable a lo largo del tiempo. Por ello, nuestros resultados han

sugerido un cierto grado de estabilidad del Sentido de coherencia en la adolescencia media y tardía como los de Buddeberg-Fischer et al. (2001), de Honkinen et al. (2008) o de Kröniger-Jungaberle y Grevenstein, (2013).

Hochwalder y Forsell (2011), se preguntan si los sucesos negativos de la vida afectan al Sentido de coherencia y, como consecuencia, disminuye. Sin embargo hallaron que el Sentido de coherencia era estable a lo largo del tiempo, e incluso parecía prevenir la experiencia de los acontecimientos negativos de la vida. Por lo cual, concluyen Hochwalder y Forsell (2011) que sus resultados corroboran el postulado principal de Antonovsky de que el Sentido de coherencia es una disposición salutogénica. Nuestros resultados han apoyado igualmente esta idea cuando se han mostrado las correlaciones positivas con los factores protectores y negativas con los de riesgo. De forma especial, cuando hemos considerado los diferentes niveles de Sentido de coherencia, más altos o más bajos, ligados a la personalidad Resiliente. Resultados anteriores (v.g., Nielsen y Hansson, 2007), y también Evans et al. (2010) ya habían abierto esta vía de investigación que nosotros hemos seguido vinculándola con los prototipos de personalidad basado en el modelo de los Cinco Factores.

No sólo la función salutogénica y la estabilidad del Sentido de coherencia siguen interesando en la comunidad científica, sino también la propia concepción de la teoría del Sentido de coherencia de Antonovsky se sigue debatiendo en la actualidad. Se analiza cómo la teoría se relaciona con la capacidad adaptativa de los seres humanos, planteando la posibilidad de que no se trate solamente de una capacidad adaptativa global sino más bien de que el Sentido de coherencia sea una disposición fuerte para problemas concretos, unas veces actuando como afrontamiento y otras de forma más general como capacidad adaptativa (v.g., Griffiths, Ryan y Foster, 2011). Ya Eriksson y Lindstrom (2006) habían advertido de que el Sentido de coherencia es un importante contribuyente para el desarrollo y el mantenimiento de la salud de la gente, pero que él solo no explica toda la salud. Dicen Eriksson y Lindstrom (2006) que el Sentido de coherencia parece un recurso que promueve la salud, que fortalece la resiliencia y desarrolla un positivo estado de

salud subjetivo. La salutogénesis, por tanto, es un acercamiento valioso para la Promoción de la Salud y valdría la pena llevarlo a la práctica mucho más de lo que se ha hecho hasta ahora. En esta línea, se sitúa nuestro trabajo con adolescentes en cuya educación el Sentido de coherencia debería jugar un importante papel. Podemos admitir, a este propósito, la indicación de Edbom et al. (2010) sobre la actuación del Sentido de coherencia como factor protector en la adolescencia frente al desarrollo a largo plazo del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad).

Existe mayor número de investigaciones sobre la relación entre la salud y el Sentido de coherencia de los adultos que entre la salud y el Sentido de Coherencia de los adolescentes, precisamos un mayor conocimiento de esta relación en los adolescentes (Rivera et al., 2013).

En relación con la resiliencia, nosotros hemos estudiado la relación que ésta tiene con la Autoestima, de modo algo similar a estudios anteriores que han asociado a ambas, Resiliencia y Autoestima, con las conductas de riesgo en adolescentes. Es el caso del Consumo de tabaco como conducta de riesgo. Estamos en la línea de Veselska, Geckova, Orosova, Gajdosova, Van Dijk y Reijneveld (2009), quienes dicen que la resiliencia parece tener efectos mixtos, de protección y de riesgo, cuando de fumar se trata, inclinándose por el notable efecto del medio social, es decir, familia y amigos. Por su parte, Gajdosova et al. (2009) han abordado la prevención del uso del tabaco teniendo en cuenta la personalidad, Sentido de coherencia y Autoestima de los sujetos.

En nuestros datos, las mujeres a medida que aumenta su Sentido de coherencia fuman menos, pero no ocurre así en los varones. Al contrario de lo esperado, los varones que más fuman son los que mayor Sentido de coherencia tienen. Esto no está de acuerdo con la literatura, pues existe suficiente evidencia científica del tabaquismo como factor de riesgo y, generalmente, los fumadores son menos saludables. Además de la gran influencia que ejercen los amigos y la familia, pensamos que nuestros resultados también pueden explicarse por la influencia del contexto sociocultural donde están inmersos los adolescentes portugueses, como

hemos explicado en el capítulo 5. Por último, tenemos que tener en cuenta que en este estudio son muy pocos los adolescentes que fuman y precisaríamos de un mayor número de fumadores para poder sacar conclusiones más robustas. Un 78% de nuestros adolescentes no han fumado nunca, coincidiendo con los datos del estudio *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) de 2014 realizado en Portugal, en el que 77,8% de los adolescentes no han fumado nunca (Matos et al, 2014).

No existen resultados claros en relación a las intervenciones de prevención de fumadores desarrolladas en Portugal. Estamos de acuerdo con Saboga-Nunes y Rodrigues (2014) que el Sentido de Coherencia podría ser incluido en las estrategias para disminuir el consumo de tabaco en los adolescentes portugueses.

Germeijs y Verschueren (2011) han utilizado en 543 adolescentes los tres prototipos de personalidad, caracterizando convenientemente los tres conglomerados comúnmente admitidos, y sobre los que nosotros hemos asentado el desarrollo esencial de la tesis. A saber, el tipo Resiliente, el tipo Infracontrolado y el tipo Supracontrolado.

Recientemente Alessandri et al. (2014) utilizando estudiantes universitarios han demostrado la replicabilidad transcultural de los tres tipos de personalidad en Italia, Polonia, España y Estados Unidos. Pensamos que sería importante continuar esta línea de investigación a través de un mayor conocimiento y replicabilidad transcultural de los tres tipos de personalidad.

Este estudio realizado con los adolescentes portugueses, muestra claramente los tres tipos que existen en la literatura internacional, coincidiendo con las características generalmente descritas en cada tipo. Como ocurre en otros trabajos en relación al género de los tres tipos, hemos encontrado un mayor número de varones en el grupo de los Infracontrolados y un mayor número de mujeres en los grupos de Supracontrolados y Resilientes. Estos resultados aportan una prueba más para avanzar en el estudio de estos tres tipos de personalidad de los adolescentes portugueses.

Sobre estas ideas rectoras en nuestros anteriores análisis estadísticos, hemos obtenido resultados bastante claros en general como para arrojar alguna luz sobre cuestiones tan debatidas sobre la personalidad en adolescentes, su relación con la Autoestima y la Autoeficacia, así como también con el Sentido de coherencia de los adolescentes y su asociación con factores adaptativos, protectores y de riesgo. Con relación a la salud, podemos asumir como en la tesis de Eriksson (2007) que es un concepto complejo, que tiene diferentes contenidos que a su vez dependen de diferentes perspectivas. Entendemos que la salud no es solo un estado de bienestar físico, social y mental, y no es meramente la ausencia de enfermedad, sino que, como dice Eriksson, “la dimensión espiritual se integra en el concepto de salud” (p.18).

Estamos de acuerdo con Lindström y Eryksson (2005) en la necesidad de hallar un concepto coherente de salud para la educación de los profesionales de la salud, y también pensamos que para conseguirlo pudiera servir el modelo salutogénico propuesto por Antonovsky (Antonovsky, 1979, 1987).

Nuestros datos proporcionan información importante en el ámbito de la promoción de la salud de los adolescentes portugueses, que ayudarán a desarrollar intervenciones según el modelo salutogénico. Es importante fortalecer el Sentido de coherencia de nuestros adolescentes pues, como dicen Eriksson y Lindström (2007), cuanto mayor sea su Sentido de coherencia mejor será su calidad de vida.

La escuela es un lugar privilegiado para promover factores protectores en relación a la salud de los adolescentes y prevenir y detectar factores de riesgo como la iniciación del tabaquismo o los comportamientos suicidas. Los factores protectores, como relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas, fortalecen la prevención del suicidio (WHO, 2014).

Nuestros datos confirman que un bajo Sentido de coherencia se asocia a una Ideación suicida alta y viceversa concordando con la literatura existente (Mehlum 1998, Giotakos 2003, Ristkari et al., 2005).

En relación al género y a la Ideación suicida nuestros resultados están de acuerdo con la literatura en general. El sexo femenino tiene mayor Ideación suicida que el sexo masculino como los adolescentes de 15 a 19 años de Borges y Werlang (2006), también corroboran los resultados de Borges y Werlang en relación a la edad, muestran que a mayor edad, menor Ideación suicida. Sin embargo la relación entre estas dos variables, la edad y la Ideación suicida, continúan a ser tema de debate entre los investigadores.

Aunque los pensamientos y comportamientos suicidas entre los estudiantes universitarios son comunes, las asociaciones entre el comportamiento suicida y el Rendimiento académico no se conocen bien. Mortier encontró una fuerte asociación negativa entre el Rendimiento académico y los comportamientos suicidas (Mortier, Demyttenaere, Auerbach, Green, Kessler, Kiekens, Nock y Bruffaerts, 2015).

En nuestra tesis también existe un mayor Rendimiento académico en los alumnos que tienen menor Ideación suicida, que son precisamente los que mayor Sentido de coherencia presentan. Estos alumnos también refieren peor relación con los compañeros concordando con otros autores como Saraiva (2006).

En función de los objetivos propuestos en la tesis y de los resultados obtenidos, planteamos las conclusiones que se exponen a continuación.

10.2. Conclusiones

(A) SOBRE PROPIEDADES DE LAS VARIABLES, COMPARACIÓN DE MEDIAS Y CORRELACIONES

Conclusión 1. Las propiedades psicométricas de las medidas utilizadas son aceptables: la fiabilidad de las escalas del NEO-FFI en versión portuguesa, la de las BEEGC, la del Sentido de coherencia (SOC-13) y la de Autoestima de Rosenberg son superiores a 0.75.

Conclusión 2. En dimensiones de personalidad, las adolescentes puntúan más alto que los varones en Neuroticismo, Amabilidad y Responsabilidad, así como también en Contingencia o Locus de control interno. Los chicos superan a las chicas en Comprensibilidad (dimensión primera del Sentido de coherencia), y en Autoeficacia, creencia en la Suerte (Azar) y en Autoestima.

Conclusión 3. Las correlaciones de Neuroticismo (negativas), Extraversión y Responsabilidad (positivas) indican con suficiente claridad el carácter adaptativo y saludable de Sentido de coherencia, Autoestima de Rosenberg y Expectativas de Autoeficacia. A mayor puntuación en estas variables, mayor será la puntuación negativa o baja en Neuroticismo, y alta en Extraversión y Responsabilidad del Inventario NEO-FFI de personalidad.

(B) SOBRE LOS TRES PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD Y VALIDACIÓN INTERNA

Conclusión 4. La formación de los tres prototipos de la personalidad adolescente, mediante el análisis de conglomerados basado en el NEO-FFI, muestra las tres agrupaciones existentes en la literatura: los adolescentes Supracontrolados (G1), Infracontrolados (G2) y Resilientes (G3).

Conclusión 5. Como en otros estudios de acercamiento centrado en las personas, el prototipo Supracontrolado G1 está compuesto por mayor número de mujeres que de varones, en tanto que el Infracontrolado G2 agrupa a mayor número de varones que de mujeres. Esta diferencia de género es estadísticamente significativa,

a un nivel de confianza por encima del 1%. También entre los del tipo Resiliente (G3) las mujeres tienden a ser más en número que los varones.

Conclusión 6. Las diferencias en las cinco dimensiones de la personalidad son similares a las encontradas en otros estudios de los tipos en adolescentes. Los Resilientes (G3) tienen un perfil de personalidad bien adaptado (bajos en Neuroticismo y altos en el resto de dimensiones), con los Vulnerables o Supracontrolados (G1) que presentan un perfil opuesto al de G3. Por su parte, los Infracontrolados (G2) se sitúan por lo general en posición intermedia entre G3 y G1.

(C) SOBRE LA VALIDACIÓN EXTERNA DE LOS TRES PROTOTIPOS

Conclusión 7. Las diferencias en Autoestima global son altamente significativas ($p < .001$) entre los tres prototipos de personalidad. El Resiliente G3 supera al Infracontrolado G2, el cual a su vez supera al Vulnerable o Supracontrolado G1. Se dan las mismas diferencias entre los tres grupos incluso controlando la variable Sexo como covariante en el ANOVA.

Conclusión 8. Sobre las Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20). En cuatro de ellas (Contingencia, Indefensión, Expectativas de Autoeficacia y Expectativas de Éxito) el grupo Vulnerable o Supracontrolado G1 obtiene puntuaciones contrapuestas al grupo Resiliente G3, con el Infracontrolado G2 situado siempre en posición intermedia. Las puntuaciones del Resiliente G3 son adaptativas, en oposición a las del G1 (Supracontrolado) que son desadaptativas.

Conclusión 9. Sobre Contingencia (C). En esta creencia o Expectativa de control interno, el grupo Infracontrolado G2 obtiene bajas puntuaciones desadaptativas, lo mismo que el grupo Vulnerable G1. El grupo Resiliente G3 es muy superior a ellos en Locus de control interno ($p < .001$).

Conclusión 10. Las diferencias en Autoeficacia se muestran altamente significativas ($p < .001$) entre los tres grupos, con el Resiliente G3 como el de mayor Expectativa de Autoeficacia y el Vulnerable o Supracontrolado G1 con menor

Expectativa de Autoeficacia. Los grupos obtienen valores similares a los de Autoestima, incluso controlando la variable Sexo como covariante.

(D) SOBRE VALIDACIÓN EXTERNA CON MEDIDAS DE ÍTEM ÚNICO

Conclusión 11. Sobre factores protectores y de riesgo. Las correlaciones son positivas entre los factores de riesgo, lo mismo que son negativas las de los factores de riesgo con los factores protectores. De éstos, las Ideas religiosas que se pudieran considerar factor protector no correlacionan ni con otros factores protectores ni con los de riesgo.

Conclusión 12. En conductas de riesgo, el Vulnerable o Supracontrolado G1 supera a los otros dos grupos en Ideación suicida y en Falta de asistencia a clase supera al Infracontrolado G2. No hay diferencias en Consumo de tabaco entre los tres prototipos de personalidad adolescente.

Conclusión 13. En conductas adaptativas o factores protectores, el prototipo Resiliente G3 supera ampliamente a los otros dos, siendo generalmente el grupo Vulnerable o Supracontrolado G1 el que obtiene las puntuaciones más bajas. Así, en Rendimiento académico el grupo Resiliente G3 supera ampliamente a los otros grupos, lo mismo que en buen trato de los compañeros; en Religión, el grupo Resiliente G3 es superior a los demás grupos, por lo que esta variable opera como factor protector en la adolescencia.

(E) SOBRE LAS MEDIDAS DEL SENTIDO DE COHERENCIA (Sentido de coherencia-13), CLASIFICANDO A LOS ADOLESCENTES EN CINCO NIVELES

Conclusión 14. Los adolescentes del nivel más alto en Sentido de coherencia presentan el mejor perfil adaptativo en Expectativas Generalizadas de Control: los más altos en Locus de control interno (Contingencia) y sobre todo en Expectativas de Autoeficacia y de Expectativas de Éxito, siendo al mismo tiempo los más bajos en Indefensión. El perfil opuesto se observa en el nivel más bajo en Sentido de coherencia.

Conclusión 15. Los perfiles de las BEEGC-20 que corresponden a los niveles más próximos a los anteriores, por arriba y por abajo, son perfiles atenuados de los dos extremos, uno adaptativo y otro desadaptativo. En la zona central se halla un perfil indiferenciado, con puntuaciones todas ellas en torno a la media.

Conclusión 16. Los ANOVAs separados de Locus de control (Contingencia), Autoeficacia y Autoestima, muestran claramente a los niveles altos de Sentido de coherencia por encima de la media, en tanto que los niveles bajos de Sentido de coherencia se hallan también claramente por debajo.

Conclusión 17. Resultados similares se dan con las tres dimensiones más poderosas de la personalidad: Estabilidad emocional (Neuroticismo bajo), Extraversión y Responsabilidad. Los niveles altos de Sentido de coherencia sitúan sus puntuaciones por encima de la media en estas variables, lo mismo que los niveles bajos de Sentido de coherencia las sitúan por debajo.

Conclusión 18. En conductas de riesgo como el Consumo de tabaco, los varones que más fuman son los que más alto puntúan en Sentido de coherencia. Y a la inversa en las mujeres, ya que éstas prescinden del tabaco a medida que su puntuación en Sentido de coherencia es más alta.

Conclusión 19. Dicotomizando la variable de Consumo de tabaco, el 22% de los adolescentes que sí ha consumido tabaco alguna vez, muestra un Rendimiento Académico inferior al 78% que nunca lo ha consumido

Conclusión 20. Los ANOVAs separados para cada sexo, con Tabaco y Sentido de coherencia como variables independientes., han mostrado la nula influencia que tiene el consumo o no de tabaco en relación con la Autoestima y el Sentido de coherencia. La escasa o nula influencia del tabaco como conducta de riesgo para la salud podría explicarse por el escaso número de chicas y chicos que consumen tabaco.

Conclusión 21. La Idea religiosa apenas cambia en las mujeres en relación a su Sentido de coherencia más bajo o más alto. Pero no ocurre lo mismo en varones, en los cuales la mayor preocupación religiosa se da en el nivel más bajo de Sentido de

coherencia, llegando a encontrarse la menor preocupación religiosa cuando el Nivel de Sentido de coherencia es el más alto.

Conclusión 22. A mayor Sentido de coherencia, menor Ideación suicida en la población adolescente de 17 años de media de edad. Es una importante conclusión del análisis del constructo salutogénico del Sentido de coherencia, medido con el cuestionario Sentido de coherencia-13. Sobre todo, porque el Sentido de coherencia con el aumento de sus Niveles marca mayor Rendimiento académico. A mayor Sentido de coherencia, más Rendimiento, al contrario que en la Ideación suicida.

(F) SOBRE LA INFLUENCIA DE LA EDAD EN SENTIDO DE COHRENCIA Y OTRAS VARIABLES

Conclusión 23. En nuestros datos, el Sentido de coherencia de los adolescentes no se modifica con la edad, es decir, se mantienen los mismos niveles de Sentido de coherencia entre los 15 y los 19 años de edad. Lo mismo se puede decir de las diferencias existentes en Autoeficacia, entre varones y mujeres, ya que éstas se mantienen constantes a lo largo de estos años, mostrando siempre superioridad de los varones.

Conclusión 24. Se constata el incremento de Consumo de tabaco pasados los 17 años de edad, así como por el contrario la Ideación suicida tiende a disminuir con la edad. Como factores protectores en esta muestra, el mayor rendimiento académico se da a los 16-17 años, que son los que registran la mayor asistencia a clase.

Conclusión 25. Tenemos que reconocer una limitación a los resultados a través de los grupos de edad, ya que éstos no tienen el mismo número de componentes cada uno de los cinco, ni todos los adolescentes estaban en las mismas condiciones respecto al curso escolar correspondiente a su edad. Las conclusiones de este apartado, por tanto, se asumen en esta tesis con estas limitaciones.

(G) SOBRE LA CONCORDANCIA DE LOS DOS ACERCAMIENTO DE LA TESIS

Conclusión 26. Existe una concordancia esencial entre los tres tipos de personalidad del acercamiento centrado en las personas y la distribución de los adolescentes en los cinco niveles de Sentido de coherencia. Hay una correspondencia esencial entre los tipos y los niveles.

Conclusión 27. Los dos tipos contrapuestos en los perfiles de personalidad, el Resiliente G3 y el Vulnerable o Supracontrolado G1, se muestran distribuidos de forma muy desigual en los niveles de Sentido de coherencia. El grupo Resiliente tiene situados a casi todos sus integrantes en los niveles medios y altos de Sentido de coherencia, al contrario que el grupo Supracontrolado que los tiene en niveles medios y bajos.

Conclusión 28. El tipo o grupo Vulnerable o Supracontrolado G1 tiene sólo 2 sujetos en el nivel 4º de Sentido de coherencia y ninguno en el más alto nivel 5º. El 100% de los Supracontrolados se hallan por debajo de la media de la muestra total en Autoestima y Autoeficacia. Este grupo o prototipo de personalidad es calificado apropiadamente de tipo Vulnerable adaptativamente, con escasas puntuaciones en las variables que mejor miden la salud psicológica de los adolescentes.

10.3. Ultima reflexión

Además de la limitación de los análisis de grupos de **edad** ya señalados, se añadiría la desproporción entre varones y mujeres en la muestra al ser las mujeres el 61% de la misma, lo que impide comparaciones de **sexo** más precisas en las variables.

Aparte de las limitaciones por razón de edad y sexo de la muestra estudiada, la metodología de las clasificaciones de los adolescentes, tanto mediante análisis de conglomerados para prototipos de personalidad como a través de la formación de niveles de menor a mayor Sentido de coherencia, debe tomarse con precaución porque el **análisis de conglomerados** es muy sensible a las variaciones de la muestra por pequeñas que éstas sean. Ello indica que existen sujetos clasificados en posición más extrema de su conglomerado o grupo, con una proximidad a otro conglomerado suficiente como para resituarse en él si se modifica la muestra inicial. La solución elegida respecto al número de conglomerados es una cuestión que normalmente se decide comprobando la concordancia de esos conglomerados elegidos en dos mitades de los sujetos de la muestra seleccionados al azar, hallando el valor de kappa que no será inferior a 0.60. En esta tesis, se ha optado por el criterio de tres prototipos de personalidad, cuya replicabilidad se acepta generalmente en la literatura sobre el tema, tal como en su momento dijimos en la tesis.

Finalmente, la formación de **grupos por nivel de Sentido de coherencia** también se puede realizar con la elección de otros puntos de corte en las puntuaciones. En cualquier decisión, en los niveles se clasificarán sujetos más próximos entre sí a continuación del punto de corte en otro nivel, es decir, estando en niveles distintos, que con los sujetos del mismo nivel clasificados al otro extremo del mismo.

A pesar de posibles desplazamientos de grupo por parte de unos pocos sujetos, en una nueva e hipotética clasificación, las agrupaciones realizadas en la tesis mantendrían en lo esencial los mismos sujetos con las características descritas, de tal manera que las conclusiones obtenidas en la investigación, aunque provisionales, tendrían el mismo rigor metodológico en su obtención y no menos **utilidad en su**

aplicación, ya que este conocimiento alcanzado puede redundar en la promoción de la salud psicológica y de una mejor educación de los adolescentes mayores en Portugal.

REFERENCIAS

- Abella, V. (2008). *Personalidad, valores e intereses profesionales de los adolescentes leoneses*. Tesis Doctoral. Universidad de León.
- Abu-Raiya, H. y Pargament, K. I. (2015). Religious coping among diverse religions: Commonalities and divergences. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7 (1), 24-33.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual of the child behavior checklist and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Albuquerque C. M., Matos A. P., Ferreira C. P., Albuquerque O. y Oliveia A. J. (2009). *Determinantes psicológicos de la salud de los jóvenes*. Comunicación presentada en el 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. En: <http://hdl.handle.net/10401/4978>
- Alessandri, G., Vecchione, M., Donnellan, B. M., Eisenberg, N., Caprara, G. V. y Ciecuch, J. (2014). On the Cross-Cultural Replicability of the Resilient, Undercontrolled, and Overcontrolled Personality Types. *Journal of Personality*, 82, 340–353.
- Allik, J. y McCrae, R. R. (2004). Towards a geography of personality traits: Patterns of profiles across 36 cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35, 13-28.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Allport, G. W. y Odbert, H. S. (1936). Trait names: A psycholexical study. *Psychological Monographs* 47, 211.
- Alminhana, L. O. y Moreira-Almeida, A. (2009). Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/A). *Revista Psiquiatria Clínica*, 36 (4), 153-161.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos*. México: Prentice Hall.

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991a). Personality and health: Testing the sense of coherence model. *Social Science and Medicine*, 32, 1047-1051.
- Antonovsky, A. (1991b). The structural sources of salutogenic strengths. En C. L. Cooper (Ed.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (pp. 67-104). Nueva York: Wiley.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36 (6), 725-733.
- Ariza, C., Nebot, M., Tomás, Z., Giménez, E., Valmayor, S., Tarilonte, V. y De Vries, H. (2008). Longitudinal effects of the European smoking prevention framework approach (ESFA) project in Spanish adolescents. *European Journal of Public Health*, 18 (5), 491- 497.
- Arun, P. y Chavan, B. S. (2009). Stress and suicidal ideas in adolescent students in Chandigarh. *Indian Journal of Medical Science*, 63 (7), 281-287.
- Asendorpf, J. B. (2006). Typeness of personality profiles: A continuous person-centred approach to personality data. *European Journal of Personality*, 20, 83-106.
- Asendorpf, J. B. y Van Aken, M. A. G. (1999). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality prototypes in childhood: replicability, predictive power, and the trait-type issue. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 815-832.
- Asendorpf, J. B., Borkenau, P., Ostendorf, F. y Van Aken, M. A. G. (2001). Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of Personality*, 15, 169-198.

- Balsa, C., Vital, C. y Urbano, C. (2014). *III Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2012*. Lisboa: CESNOVA - Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. En: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/135/III_InqueritoNacionalConsumo_deSPnaPG%202012.pdf
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1987; orig. de 1986). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bárcena, C. (2006). *Asociación de la ideación suicida en adultos con factores personales, perfeccionismo y afecto negativo*. Tesis doctoral. Universidad de León.
- Beautrais, A. L. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist*, 46 (9), 1137-1156.
- Besteiro, J., Álvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C. y Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, Sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (2), 411-427.
- Bjartveit, K. y Tverdal, A. (2005). Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control*, 14 (5), 315-320.
- Block, J. H. y Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. En W. A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposia on child psychology* (Vol. 13, pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Bonelli, R. M. y Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of religion and health*, 52, 657– 673.
- Borges, V. R, Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11 (3), 345-351.
- Bos, A. E. R., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L. R. R. y Bieshevel, J. (2010). Global, contingent and implicit self-esteem and psychopathological symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 48, 311-316.
- Brás, M. y Santos, J. (2014). *Prevenção do suicídio em meio escolar*. En C. B., Saraiva, A. Peixoto y D. Sampaio, (Eds). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*. Lisboa: Lidel, pp. 485-492.
- Breet, L. Myburgh, C. y Poggenpoel, M. (2010). The relationship between the perception of own locus of control and aggression of adolescents boys. *South African Journal of Education*, 30 (4), 511-526.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R. y Schnyder, U. (2001). Sense of coherence in adolescents. *Sozial-und Praventivmedizin*, 46 (6), 404-410.
- Bustamante F. y Florenzano R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 51, (2) 126-136.
- Butcher, J. N. y Rouse, S. V. (1996). Personality: Individual differences and clinical assessment. *Annual Review of Psychology*, 47, 87-111.
- Byrne, D. G. y Mazanov, J. (2001). Self-esteem, stress and cigarette smoking in adolescents. *Stress and health*, 17 (2), 105-110.
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 38 (4), 476–506.

- Chapman B., Fiscella K., Duberstein P. y Kawachi I. (2009). Education and Smoking: Confounding or Effect Modification by Phenotypic Personality Traits? *Annals of Behavioral Medicine*, 38 (3), 237-248.
- Chitas V., Silva, S. y Silva R. (2013). Hábitos tabágicos dos jovens do 9.º ano: estereótipos sobre fumadores, fatores familiares, escolares e de pares e a relação com o consumo de tabaco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (1) 108-114.
- Choi, N. (2005). Self-efficacy and self-concept as predictors of college students' academic performance. *Psychology in the Schools*, 42, 197-205.
- Chubb, N. H., y Fertman, C. I. (1997). Adolescent self-esteem and locus of control: A longitudinal study of gender and age differences. *Adolescence*, 32, 113-129.
- Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W., Hamelinck, L., Martens, H. y Claes, S. (2010). Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences*, 48, 83-87.
- Conner, M., Grogan, S., Fry, G., Gough, B. y Higgins, A. R. (2009). Direct, mediated and moderated impacts of personality variables on smoking initiation in adolescents. *Psychology y Health*, 24 (9), 1085-1104.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Cordini, M. (2005). La resiliencia en adolescentes de Brasil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3 (1), 1-18.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64 (1), 21-50.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1999). *NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado. NEO-FFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (2000). *NEO PI-R. Inventário de Personalidade NEO Revisado. Manual Profissional*. Lisboa: Cegoc-TEA.
- Costa, P. T., Somerfield, M. R. y McCrae, R.R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications* (pp. 44-61). Nueva York: Wiley.
- Cotton, S., McGrady, M. E., Rosenthal, S. L. (2010). Review Measurement of religiosity/spirituality in adolescent health outcomes research: trends and recommendations. *Journal of Religion and Health*, 49 (4), 414-444.
- Coutinho, V. M. y Heimer, M. V. (2014). Senso de coerência e adolescência: uma revisão integrativa de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19 (3), 819-827.
- Dean K. y McQueen D. V. (1996). Theory in health promotion: introduction. *Health Promotion International*, 11 (1) 7-9 En: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/11/1/7.full.pdf>
- Deforche, B., Van Dyck, D., Verloigne, M. y De Bourdeaudhuij, I. (2010). Perceived social and physical environmental correlates of physical activity in older adolescents and the moderating effect of self-efficacy. *Preventive Medicine*, 50, (Suppl. 1), S24-S29.
- Demo, D. H. (1985). The measurement of self-esteem: Refining our methods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1490-1502.

- Diário da República (2007). Lei n.º 37/2007. 1ª Série, nº 156, de 14 de agosto. Lisboa: Parlamento português. En: <http://www.doentescomcancro.org/uhdc/pdfs/NovaLegislacaoTabaco.pdf>
- DiFranza, J. R., Ursprung, W. W. S. y Carson, A. (2010). New insights into the compulsion to use tobacco from an adolescent case-series. *Journal of Adolescence*, 33, 209-214.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional para a Saúde Mental. Plano nacional de prevenção do suicídio 2013 - 2017*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. En: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>
- Doll, R. y Hill, A. B. (1950). Smoking and carcinoma of the lung. *British Medical Journal*, 221, 739-748.
- Doll, R. y Hill, A. B. (1952). A study of the aetiology of carcinoma of the lung. *British Medical Journal*, 225, 1271-1286.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. y Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50' years observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519-1528.
- Doll, R., y Hill, A. B. (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits. A preliminary report. *British Medical Journal*, 228, 1451-1455.
- Donald, M. Dower, J. Correa-Veleza I. y Jonesa M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital based with population based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 87-96.

- Donnellan M. B. y Robins R. W. (2010). Resilient, Overcontrolled, and Undercontrolled Personality Types: Issues and Controversies. *Social and Personality Psychology Compass* 4 (11) 1070-1083.
- Durá, E. (1994). El sistema afectivo-emocional: El modelo de los cinco factores. En J. Sánchez-Cánovas y M. P. Sánchez-López, *Psicología diferencial: Diversidad e individualidad humanas* (pp. 245-296). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Durá, E. y Sánchez-Cánovas, J. (1999). Sistema emocional y diversidad humana. En J. Sánchez-Cánovas y M. P. Sánchez-López, *Psicología de la diversidad humana* (pp. 251-314). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Edbom, T., Malmberg, K., Lichtenstein, P., Granlund, M. y Larsson, J. O. (2010). High sense of coherence in adolescence is a protective factor in the longitudinal development of ADHD symptoms. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 (3), 541-547.
- Edlund, M. J., Harris, K. M., Koenig, H. G., Han, X., Sullivan, G., Mattox, R. y Tang, L. (2010). Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (8), 827– 828.
- Ellis, R. A. y Taylor, M. S. (1983). Role of self-esteem within the job search process. *Journal of Applied Psychology*, 68, 632-640.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. Helsinki: Folkhälsan Research Centre. Research Report: 1.
- Eriksson, M. y Lindstrom, B (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460-466.

- Eriksson, M. y Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376- 381. Doi: 10.1136/jech.2005.041616
- 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 Life Threatening Behavior*, 35 (3), 239-50.
- Evans, W. P., Marsh, S.C. y Weigel, D. J. (2010). Promoting adolescent sense of coherence: testing models of risk, protection, and resiliency. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 20 (1), 30-43.
- Eysenck, H. J. (1970). *The structure of human personality*. Londres: Methuen Press.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1998). *EPQ - A y J. Cuestionario de Personalidad para Niños y Adultos*. Madrid: TEA Ediciones.
- Feijão, F., Elsa Lavado E. y Calado V. (2011). Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas. *Grupos etários dos 13 aos 18 anos*. ECATD/ESPAD. Portugal: Instituto da Droga e da Toxicodependência/NEI.
- Feldt, T. y Rasku, A. (1998). The structure of Antonovsky's Orientation to Live Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 25 (3), 505-516.
- Feldt, T., Leskinen, E., Koskenvuo, M., Suominen, S., Vahtera, J. y Kivimäki, M. (2011). Development of sense of coherence in adulthood: a person-centered approach. The population-based HeSSup cohort study. *Quality of Life Research*, 20 (1), 69-79.
- Felipe, A., Carvalho, A., y Andrade, Cl. (2015). Spirituality and religion as protectors for adolescent drug use. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, 11 (1), 49-58. En: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000100008&lng=pt&tlng=en. 10.11606/issn.1806-6976.v11i1p49-58.

- Fernández, M. E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y Sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Tesis doctoral. Universidad de León. León.
- Fernquist, R. M. y Cutright, P. (1998). Societal integration and age-standardized suicide rates in 21 developed countries, 1955-1989. *Social Science and Research*, 27, 109-127.
- Fiske, D. W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44 (3), 329–344.
- Flannery, R.B., Perry, J.C., Penk, W.E. y Flannery, G.J. (1994). Validating Antonovsky Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 575-577.
- Fleming, J. S., y Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem. II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404-421.
- Fraga, S., Ramos, E. y Barros, H. (2006). Uso de tabaco por estudiantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40, 620-626.
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A. C., Mello, M., Lunet, N., Padrão P. y Barros H. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19 (5-6), 207-229.
- Francis, L. J., Williams, E. y Robbins, M. (2009) Christianity, paranormal belief and personality: a study among 13- to 16-year-old pupils in England and Wales. *Archive for the Psychology of Religion*, 31 (3), 337-344.
- Gajdosova, B., Orosova, O., Geckova, A. M., Tavel, P. y van Dijk, J. P. (2009). Personality dimensions, sense of coherence and self-esteem as risk/protective factors for smoking among university students. *Studia Psychologica*, 51 (2-3), 183-192.
- Galán M. I. (2010). *La influencia de la personalidad y del contexto social en el afrontamiento del estrés ocupacional*. Tesis Doctoral. Universidad de León.

- Galton F. (1884). Measurement of character. *Fortnightly Review*, 36, 179–185.
- Galton, F. (1907). *Inquiries into Human Faculty and Its Development*, London: Dent, 1907 (publicado por primera vez en 1883). Disponible en formato eBook por el The Project Gutenberg eBook. En <http://www.gutenberg.org/files/11562/11562-h/11562-h.htm>
- García Moya, I. (2014). *El sentido de coherencia en la adolescencia: la contribución de la familia y otros contextos a su desarrollo y su repercusión sobre la salud*. Tesis doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla. En: http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/2288/Y_TD_PS-PROV33.pdf
- García-Moya, I., Jiménez-Iglesias, A. y Moreno, C. (2013). Sense of coherence and substance use in Spanish adolescents. Does the effect of SOC depend on patterns of substance use in their peer group? *Adicciones*, 25 (2), 109-117.
- Germeijs, V. y Verschueren, K. (2011). Indecisiveness and Big Five Personality Factors: Relationship and Specificity. *Personality and Individual Differences*, 50 (7), 1023-1028.
- Giotakos, O. (2003). Suicidal ideation, substance use, and sense of coherence in Greek male conscripts. *Military Medicine* 168, 447–450.
- Glanz, K., Maskarinec, G. y Carlin, L. (2005). Ethnicity, sense of coherence, and tobacco use among adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 29 (3), 192-199.
- Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: the search for universals in personality lexicons. En L. Wheeler (Ed.), *Review of personality and social psychology* (vol. 2, pp 141-165). Beverly Hills, CA: Sage.
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers of the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.
- Griffiths, C. A. (2009). Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 23 (1), 72-78.

- Griffits, C. A., Ryan, P. y Foster, J. H. (2011). Thematic analysis of Anonovsky's sense of coherence theory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52 (2), 168-173.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education. (Vols. I y II)*. New York: D. Appleton and company.
- Harakeh, Z., Scholte, R. H. J., de Vries, H. y Engels, R. C. M. E. (2006). Association between personality and adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 31, 232-245.
- Harter, S. (2003). The development of self-representations during childhood and adolescence. En M. R. Leary y J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 610-642). Nueva York: Guilford Press.
- Haukkala, A., Konttinen H., Lehto, E., Uutela, A., Kawachi, I. y Laatikainen, T. (2013). Sense of Coherence, Depressive Symptoms, Cardiovascular Diseases, and All-Cause Mortality. *Psychosomatic Medicine* 75 (4) 429-435.
- Heller, D., Watson, D. y Ilies, R. (2004). The role of person versus situation in life satisfaction: A critical examination. *Psychological Bulletin*, 130, 574-600.
- Herzberg, P. Y. y Roth, M. (2006). Beyond resilient, undercontrollers, and overcontrollers? An extension of personality prototype research. *European Journal of Personality*, 20, 5-28.
- Hochwalder, J. y Forsell, Y. (2011). Is Sense of Coherence lowered by negative life events? *Journal of Happiness Studies*, 12 (3), 475-492.
- Hong, R. Y. y Paunonen, S. V. (2009). Personality traits and health-risk behaviours in university students. *European Journal of Personality*, 23 (8), 675-696.
- Honkinen PL, Suominen S, Helenius H, Aromaa M, Rautava P, Sourander A y Sillanpaa M. (2008). Stability of the sense of coherence in adolescence. *International journal of adolescent medicine and health*, 20 (1), 85-91.

Igna, C. V., Julkunen, J. y Ahlstrom, R. (2008). Sense of coherence relates with smoking. *Journal of Health Psychology*, 13 (8), 996-1001.

Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Taxa de mortalidade por lesões auto-provocadas intencionalmente (suicídio)*. En: www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2

James, W. (1890). *Principles of psychology*. Nueva York: Holt.

James, W. (1902/2002). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. London and New York: Routledge. (Primera publicación en 1902 en New York: Longmans, Green, and Co.)

Jellesma, F. C., Rieffe, C, Terwogt, M. M. y Kneepkens, C. M. F. (2006). Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science and Medicine*, 63, 2640-2648.

Jiménez, L., Antolín-Suarez, L., Oliva, A., Hidalgo, V., Jiménez-Iglesias, A., Lorence, B., Moreno, C. y Ramos, P. (2014). A synthesis of research on effectiveness of school-based drug prevention programmes / Claves de eficacia de los programas de prevención de consumo de sustancias en el contexto escolar: una meta-revisión, *Cultura y Educación: Culture and Education*, 26 (3), 573-602.

John, O. P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 66-100). Nueva York: Guilford Press.

Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E. y Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 693-710.

- Kadriye P., Bermek, G. y Uysal O. (2012). Factors Related to Sense of Coherence Among Dental Students at Istanbul University. *Revista de Educación Dental*. 76 (6) 774-782
- Karademas, E. C. y Kalanzi-Azizi, A. (2004). The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and Individual Differences*, 37, 1033-1043.
- Kerby, D. S. (2003). CART analysis with unit-weighted regression to predict suicidal ideation from Big Five traits. *Personality and Individual Differences*, 35, 249-261.
- Klimstra T.A., Beyers W. y Besevegis E. (2014). Personality dynamics in adolescence. *Journal of Adolescence*, 37 (5), 643–646.
- Klimstra, T. A., Hale III, W. W., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T. y Meeus, W. H. J. (2010). A developmental typology of adolescent personality. *European Journal of Personality*, 24, 309-323.
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Towards a social psychology of stress and health. En G. S. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Koenig, H. G., McCullough, M.E. y Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Koushede, V. y Holstein, B. E. (2009). Sense of coherence and medicine use for headache among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45 (2), 149-155.
- Kröniger-Jungaberle, H., y Grevenstein, D. (2013). Development of salutogenetic factors in mental health - Antonovsky's sense of coherence and Bandura's self-efficacy related to Derogatis' symptom check list (SCL-90-R). *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 80. doi:10.1186/1477-7525-11-80.

- Kub, J. y Solari-Twadell, P. A. (2013). Religiosity/spirituality and substance use in adolescence as related to positive development: a literature review. *Journal of Addictions Nursing*, 24 (4), 247-62.
- Lalonde M. (1974). A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Ottawa: Government of Canada.
- Levin, M. L., Goldstein, H. y Gerhardt, P.R. (1950). Cancer and tobacco smoking. *JAMA*, 143, 336-338.
- Lima, M. y Abigail. (2011). Posso ser? *Personalidade e envelhecimento*. Coimbra: Minerva.
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2005). Professor Aaron Antonovsky (1923-1994): the father of the salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 511.
- Liukkonen, V., Virtanen, P., Vahtera, J. Suominen, S., Sillanmaki, L. y Koskenvuo, M. (2010). Employment trajectories and changes in sense of coherence. *European Journal of Public Health*, 20 (3): 293-298. doi: 10.1093/eurpub/ckp171
- Maddux, J. E. (2005). Self-efficacy: The power of believing you can. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 277-287). Oxford: Oxford University Press.
- Maia, A. J., Oliveira, S. y Conde, J. (2014). *PELT e o Consumo de tabaco em alunos da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde – IV Congresso Nacional de Saúde Pública*, Lisboa: Direção Geral e Saúde.
- Major, G., Barr, L., Zubek, J. y Babey, S. H. (1999). Gender and self-esteem: A meta-analysis. En W. B. Swann, Jr., J. H. Langlois y L. A. Gilbert (Eds.), *Sexism and stereotypes in modern society* (pp. 223-253). Washington, DC: American Psychological Association.

- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. y Schutte, N. S. (2006). The five-factor model of personality and smoking: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 36 (1), 47-58.
- Manga, D. y Morán, C. (2007). Autoeficacia y motivación de logro en la sociedad del conocimiento. *Comunicación y Pedagogía*, 220, 20-24.
- Manga, D., Ramos, F. y Morán, C. (2004). The Spanish norms of the NEO Five-Factor Inventory: new data and analyses for its improvement. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 639-648.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 458-467.
- Martínez, S., L. (2012). *Funcionamiento antisocial y comportamiento perturbador en los centros educativos: factores de riesgo personales, de apoyo social y rendimiento académico*. Tesis doctoral. Universidad de León.
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. y Equipa Aventura Social (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Relatório do estudo HBS 2014. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL. FMH/ UTL.
- Matos, M., Gaspar, T., Vitória, P. y Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT, MS.
- Matos, M.G. Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., y Equipa Aventura Social (2011). *A saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010*. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL
- McCrae, R. R. (1987). Creativity, divergent thinking, and Openness to Experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1258-1265.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. En J. Wiggins (Eds.), *The five-*

factor model of personality: Theoretical perspectives (pp. 51-87). New York: Guilford.

McCrae, R. R., y Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.

McCrae, R. R., y John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.

McCrae, R. R., y Costa, P. T. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford.

McCullough, M. E., Hoyt, W.T., Larson, D. B. y Koenig, H.G. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology* 19 (3), 211-222.

McLoughlin, A. B., Gould, M. S., y Malone, K. M. (2015) Global trends in teenage suicide: 2003–2014. *QJM: An International Journal of Medicine*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcv026>

Mehlum, L. (1998). Suicidal ideation and sense of coherence in male conscripts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 487-492.

Michaels, J. A. (1956). *Survey of the empirical psychological study of religion of the past twenty-five years*. Los Ángeles: Mimeo.

Moreira-Almeida, A., Lotufo-Neto, F. N. y Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28 (3), 242-250.

Moreno, B. (1997). Evaluación cognitiva de la personalidad (apartado VI: “El autoconcepto y la autoestima”). En G. Buéla-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación psicológica* (pp. 850-880). Madrid: Siglo XXI.

Moreno, B., Alonso, M. y Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9 (2), 115-137.

- Mortier, P., Demyttenaere, K., Auerbach R. P., Green, J. G., Kessler, R. C., Kiekens, G., Nock, M. K. y Bruffaerts, R. (2015). The impact of lifetime suicidality on academic performance in college freshmen. *Journal of Affective Disorders*, 186, 254 - 260.
- Myrin, B. y Lagerstrom, M. (2008). Sense of coherence and psychosocial factors among adolescents. *Acta Paediatrica*, 97 (6), 805-811.
- Navarro, E., Pastor, A., Tomás, J. M., y Oliver, A. (1997). Efectos de método en escalas de personalidad: La Escala de Autoestima de Rosenberg. *Psicológica*, 18, 269-283.
- Nezlek, J. B., Kowalski, R. M., Leary, M. R., Blevins, T. y Holgate, S. (1997). Personality moderators of reactions to interpersonal rejection: Depression and trait self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 1235-1244.
- Nielsen, A. M. y Hansson, K. (2007). Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence. *Stress and Health*, 23, 331-341.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), 133-154.
- Nunes, E. (2006). Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. *Revista Portuguesa de Clínicos Gerais*, 22, 225-244.
- Nunes, E. (2013). *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Nutbeam D. (1998). *Health Promotion Glossary*. Ginebra: WHO
- O'Brien, E. J., Bartoletti, M. y Leitzel, J. D. (2006). Self-esteem, psychopathology, and psychotherapy. En M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 306-315). Nueva York: Psychology Press.

- Palacios, D. J. (2010). Autoeficacia e intención conductual del Consumo de tabaco en adolescentes: validez factorial y relación estructural. *Adicciones*, 22 (4), 325-330.
- Palacios-Espinosa, X. y Restrepo-Espinosa, M. H. (2008). Aspectos conceptuales e históricos del Sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: ¿una alternativa para abordar el tema de la salud mental? *Informes psicológicos*, 10 (11), 275-300.
- Palenzuela D. L., Almeida L., Prieto G. y Barros A. M. (1994). Validación transcultural hispano-portuguesa de una versión revisada de la batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC). Memoria Final de la Acción Integrada entre España y Portugal (79 B). Ministerio de Asuntos Exteriores y de Educación y Ciencia de las Universidades de Salamanca, Minho y Braga.
- Palenzuela, D. L., Prieto, G., Barros, A., y Almeida, S. (1997). Una versión española de una batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC-20). *Revista Portuguesa de Educação*, 10 (1), 75-96.
- Panzini, R. G. y Bandeira, D.R. (2007) Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (supl. 1), 126-135.
- Pereira, A., Cardoso y F. (2015). Ideação Suicida na População Universitária: Uma Revisão de Literatura. *Revista E-Psi*, 5 (2), 16-34.
- Pergament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press.
- Personnalité et Relations Humaines (1997). *La personne et sa croissance. Fondements anthropologiques et psychologiques de la formation PRH*. Poitiers: PRH-International.
- Personnalité et Relations Humaines (2012). *Un chemin d'accès à la vie en profondeur*. Poitiers: PRH-International.

- Peterson, A. V., Kealey, K. A., Mann, S. L., Marek, P. M. y Sarason, I. G. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention - results on smoking. *Journal of National Cancer Institute, 92*, 1979-1991.
- Petrie, K. y Brook, R. (1992). Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. *The British Journal of Clinical Psychology, 31*, 293-300.
- Piédrola G., et al (1991). Medicina preventiva y salud pública. (9.ª ed.). Barcelona: Salvat Editores.
- Posadzki, P., Stockl, A., Musonda, P. y Tsouroufli, M. (2010). A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology, 51* (3), 246-252.
- Precioso, J., Samorinha, C., Macedo, M. y Antunes, H. (2012). Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo: podemos estar otimistas? *Revista Portuguesa de Pneumologia, 18* (4), 182-187.
- Pullman, H., y Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences, 28*, 701-715.
- Rammstedt, B., Riemann, R., Angleitner, A. y Borkenau, P. (2004). Resilients, Overcontrollers, and Undercontrollers: The replicability of the three personality prototypes across informants. *European Journal of Personality, 18* (1), 1-14.
- Ravara, S. B., Castelo-Branco, M., Aguiar, P. y Calheiros, J. M. (2014). Are physicians aware of their role in tobacco control? A conference-based survey in Portugal. *BMC Public Health, 14*, 979.

- Rew, L. y Wong, Y. J. (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health, 38* (4), 433-442.
- Ristkari, T., Sourander, A., Helenius, H., Nikolakaros, G., Salanterä, S., Multimäki, P. y Parkkola, K. (2005). Sense of coherence among Finnish young men - a cross-sectional study at military call-up. *Nordic Journal of Psychiatry, 59* (6), 473-480.
- Rivera, F., Moreno C., García-Moya I. y Ramos P. (2013). Developmental contexts and sense of coherence in adolescence: a systematic review. *Journal of Health Psychology, 18* (6) 800-812.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C. y Hernan, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública, 85* (2), 129-139.
- Robins, R. W., Hendin, H. M. y Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single item measure and the Rosenberg Self-Esteem scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 151-161.
- Robins, R. W., Tracy, J. L., Trzesniewski, K., Potter, J. y Gosling, S. D. (2001). Personality correlates of self-esteem. *Journal of Research in Personality, 35*, 463-482.
- Rodríguez, R. J., Santander, T. J., Aedo, S. A. y Robert, B. S. (2014). Suicidio en el mundo: ¿puede un enfoque evolutivo explicar la relación entre tasas de suicidio y variables asociadas a calidad de vida? *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría; 52* (4), 243-249.
- Rodríguez-Crespo, M. R. (2000). Sentido de Coerência e baixa por doença nos funcionários públicos de Alfena e Ermesinde: estudo caso-controlado. En: www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/rosa_crespo.pdf
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*, vol. III, pp. 184-256. Nueva York: McGraw Hill.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Nueva York: Basic Books.
- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. En R. L. Leahy (Ed.), *The development of the self* (pp. 205-246). Orlando, FL: The Academic Press.
- Rotter, J. B. (1966). Generalised Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. En *Psychological Monographs, Whole*. 609 (80), 1.
- Russell, M. (1974). The smoking habit and its classification. *The Practitioner*, 212, 791-800.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. En J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (2ª ed.), pp. 651–681). New York: Cambridge University Press.
- Saboga-Nunes, L. y Emanuel Rodrigues (2014). Measuring the sense of coherence in adolescents: results from Portugal. *Atención Primaria*, 46 (1), 11-12
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho. Os Adolescentes e o Suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M., Pereira, M., Santos, N. y Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário: as explicações dos jovens. *Análise Psicológica*, XVIII (2), 139-155.
- Sanz, J., Silva, F. y Avia, M. D. (1999). La evaluación de la personalidad desde el modelo de los “Cinco Grandes”: El Inventario de Cinco-Factores NEO (NEO-FFI) de Costa

- y McCrae. En F. Silva (Coord.), *Avances en evaluación psicológica* (pp. 171-234). Valencia: Promolibro.
- Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio. O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.
- Saraiva, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31 (3), 41-61.
- Saraiva, C. B., Peixoto, B. y Sampaio, D. (2014). *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel.
- Saroglou, V. (2010). Religiousness as a cultural adaptation of basic traits: A Five-Factor Model perspective. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 108-125.
- Schultz, D. P. y Schultz, S. E. (2003). *Teorías de la personalidad* (7ª Ed). Madrid: ITES-Paraninfo.
- Shamir, B. (1986). Self-esteem and the psychological impact of unemployment. *Social Psychology Quarterly*, 49, 61-72.
- Silva, D. M. (2010) *Expectativas generalizadas de controlo: Tradução e adaptação da escala BEEGC-20*. *Millenium* 38, 19-35.
- Silvia, P. J., Nusbaum, E. C., Berg, C., Martin, C. y O'Connor, A. (2009). Openness to experience, plasticity, and creativity: Exploring lower-order, high-order, and interactive effects. *Journal of Research in Personality*, 43, 1087-1090.
- Smith, D. R. y Leggat P. A. (2008). The historical decline of tobacco smoking among Australian physicians 1964–1997. *Tobacco Induced Diseases*, 4 (1), 13.
- Smith, T. L. y Meyers, L. S. (1997). The sense of coherence: Its relationship to personality, stress, and health measures. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 513-526.

- Soldz, S. y Vaillant, G. E. (1999). The big five personality traits and the life course: A 45-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 33, 208-232.
- Sollerhed, A. C., Ejlertsson, G. y Apitzsch, E. (2005). Predictors of strong sense of coherence and positive attitudes to physical education in adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33 (5), 334-342.
- Steele, M. M. y Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents part I: etiology and risk factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (6), 215-335.
- Stephan, Y. (2009). Openness to experience and active older adults' life satisfaction: A trait and facet-level analysis. *Personality and Individual Differences*, 47, 637-641.
- Story, A. L. (1998). Self-esteem and memory for favourable and unfavourable personality feedback. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 51-64.
- Strelau, J. (1998). *Temperament: A psychological perspective*. New York: Plenum Press.
- Surtees P., Wainwright, N., Luben R., Khaw KT y Day N. (2003). Sense of Coherence and Mortality in Men and Women in the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 158 (12), 1202-1209.
- Sutin, A. R., Terracciano, A., Deiana, B., Naitza, S., Ferrucci, L., Uda, M., Schlessinger, D. Y Costa P. T. (2010). High Neuroticism and low Conscientiousness associated with interleukin-6. *Psychological Medicine*, 40 (9), 1485-1493.
- Sveticic, J. y De Leo, D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications. *Mental Illness*, 4 (2), 73-78.
- Tafarodi, R. W. y Vu, C. (1997). Two-dimensional self-esteem and reactions to success and failure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 626-635.

- Taisuke T. y Yoshihiko Y. (2012). A causal relationship between sense of coherence and psycho-social work environment: from one-year follow-up data among Japanese young adult workers. *Global Health Promotion*, 19 (1), 32-42.
- Terracciano, A., Lockenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J. y Costa, P. T. (2008). Five-factor model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*, 8, (22), 11.
- Towns, S., DiFranza, J.R., Jayasuriya G., Marshall T y Shah S. (2015). Smoking Cessation in Adolescents: targeted approaches that work. *Paediatric Respiratory Reviews*.
Doi: 10.1016/j.prrv.2015.06.001
- U. S. Department of Health and Human Services. (2014). *The health consequences of smoking: 50 Years of progress: A report of the Surgeon General*. Atlanta, USA: U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. En: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>
- U.S. Department of Health, Education and Welfare (1964). *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Washington, D.C.: Public Health Service Publication.
- Van Zundert, R. M. P., Emgels, R. C. M. E., Ferguson, S. G. y Shiffman, S. (2010). Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapses and relapse among adolescents. *Health Psychology*, 29 (3), 246-254.
- Värnik, P. (2012). Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9 (3), 760-771.
- Vasconcelos–Raposo, J., Alves, L., Salgado, A. y Simões, M. (2006). *Caracterização dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas nos distritos de Bragança e Vila Real*. Relatório submetido ao Ministério da Saúde (ARS Norte). Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

- Velting, D. M. (1999). Suicidal ideation and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 27 (5), 943–952.
- Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosova, O., Gajdosova, B., van Dijk, J. P. y Reijneveld, S. A. (2009). Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors*, 34, 287-291.
- Villalobos, F. (2009). *Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. En: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>
- Virués-Ortega J, Martínez-Martin P, del Barrio JL y Lozano L. M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*, 128, 486-92.
- Vitória, P. D. (2000). *Querer é Poder I*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo (Ministério da Saúde).
- Vitória, P. D. (2001). *Querer é Poder II*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo (Ministério da Saúde).
- Vitória, P. D. (2010). *O impacto da influência social na intenção de fumar e no comportamento tabágico dos adolescentes portugueses*. Lisboa: ISCTE-IUL. Tese de doutoramento. En: [www:<http://hdl.handle.net/10071/4413>](http://hdl.handle.net/10071/4413). ISBN 978-989-732-189-4.
- Vitória, P. D., Branquinho C. y De Vries H. (2013). Determinantes do comportamento tabágico e implicações para a prevenção do tabagismo. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4 (1), 191-206.
- Walsh, E. y Eggert, L. (2007). Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 349-59.

- Wasserman, D. (2001). *Suicide. An unnecessary death*. Stockholm: Martin Dunitz.
- Weber, S. R. y Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27 (5), 358–363.
- Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. En J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (2nd ed., pp. 115–132). New York: Cambridge University Press.
- Werner, E. E., y Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- WHOQOL SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine*. 62 (6), 1486-1497.
- Williams P. G., Rau, H. K., Cribbet, M. R. y Gunn, H. E. (2009). Openness to Experience and stress regulation. *Journal of Research in Personality*, 43, 777-784.
- Winder, E. L. y Graham, E. A. (1950). Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma. *JAMA*, 143, 329-336.
- World Health Organisation (2003). *Who framework convention on tobacco control*. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (1986). *Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health; 17–21 November*. Ottawa, Canada. WHO.
- World Health Organization (1988) *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy; Second International Conference on Health Promotion; 5–9 April*. Adelaide, South Australia. WHO.

World Health Organization (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Report on WHO consultation. MNH/MAS/ MHP/98.2 WHO, Ginebra. 2-23.

World Health Organization (2005). *The European health report. Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2008). *Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package*. Ginebra: World Health Organization. En <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/>

World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization –WHO– (1978). Declaración de Alma-Ata. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Serie Salud para todos, N° 1; Ginebra: OMS. En: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

Yonker, J. E., Schnabelrauch y C. A, Dehaan, L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: a meta-analytic review. *Journal of Adolescent*, 35 (2), 299-314.

Zdanowicz, N. y Reynaert, Ch. (2004). Adolescent health. *The Lancet*, 364, 497.

ANEXOS. Cuestionarios utilizados en la investigación

1. Cuestionario para adolescentes (Elaborado por Dionisio Manga)

| | | | | |
|---|------------------|--|-------------------|---------------------|
| SEXO: Masculino: ___ Feminino: ___ . | | Idade: _____ Data de nascimento: ____ / ____ /19 | | |
| Numero de irmãos: _____ irmãs: _____ | | Total de pessoas que moram na casa: _____ | | |
| Instruções: | | | | |
| Por favor, responde aos seguintes itens rodeando com um círculo a resposta que consideres mais adequada: rodeia 1, 2, 3, 4, ou 5 segundo o teu grau de acordo. Não precisas pôr o teu nome. | | | | |
| 1. Qual é o lugar que ocupas por idade entre todos os teus irmãos e irmãs? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sou único | Sou o mais velho | O segundo | O terceiro | Quarto ou mais |
| 2. Segundo a mão que preferes para utilizar a colher ou as tesouras, escrever ou desenhar tu és: | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muito esquerdino | Esquerdino | Ambidestro | Destro | Muito destro |
| 3. Rendimento escolar. Quando te comparas com os teus colegas de turma, em que nível pensas estar? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muito baixo | Baixo | Médio | Alto | Muito alto |
| 4. Ideia suicida. As vezes tenho maus momentos e passa-me pela cabeça fugir e sair desta vida, pensando mesmo no suicidio. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca | Raramente | Poucas vezes | Algumas vezes | Com frequência |
| 5. Ideia religiosa. As minhas preocupações pela religião e crenças em poderes superiores são no meu caso: | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nulas | Muito poucas | Regulares | Bastantes | Muitas |
| 6. Rendimento e trabalho dos pais. Consideras que os recursos económicos da tua família são: | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muito escassos | Escassos | De nível médio | Altos | Muito altos |
| 7. Como é que te sentes tratado pelos teus colegas na escola? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muito mal | Mal | Regular | Bem | Muito bem |
| 8. Gostarias de continuar os teus estudos no ensino superior? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Não | Pouco | Mais ou menos | Bastante | Muito |
| 9. Nos últimos seis meses tens faltado às aulas por motivos de saúde ou por falta de vontade? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca | Poucos dias | Vários dias | Com frequência | Muitas vezes |
| 10. Consumo do tabaco. Quantos cigarros costumavas fumar por dia? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nenhum | Só dois ou três | As vezes mais de 5 | Mais de 10 ao dia | Cada dia 20 ou mais |
| 11. O que é que achas que levam às pessoas a fumar? (Lê e escolhe só uma das razões - a principal)? | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Por nervos | Por hábito | Por prazer | Por vício | Por outra razão |
| 12. Se respondeste "por outra razão", qual?: | | | | |

2. Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13), versión simplificada del Cuestionario OLQ (*Orientation to Life Questionnaire*) de Antonovsky (1987), adaptada por Dionisio Manga en la Universidad de León, 2006

Se estas de acordo em colaborar com este estudo marca com uma cruz: o número que expresse a tua resposta a cada uma das seguintes perguntas. Os números 1 e 7 são as respostas extremas. Se o texto que se encontra perto do nº1 corresponde ao que tu pensas seleccionar com uma cruz: . Se o texto que se encontra perto do nº 7 corresponde ao que tu pensas seleccionar com uma cruz: . **Se pensas diferentemente selecciona o número que melhor expresse os teus sentimentos.** Da por favor uma só resposta a cada pergunta.

1.- Tens o sentimento de que não te interessas pelo que se passa à tua volta?

Muito raramente não me interessa 1 2 3 4 5 6 7 Muito frequentemente não me interessa

2. Já te aconteceu no passado teres ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que julgavas conhecer bem?

Nunca aconteceu 1 2 3 4 5 6 7 Aconteceu sempre

3.- Já te aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem, à partida, contavas?

Nunca aconteceu 1 2 3 4 5 6 7 Aconteceu sempre

4.- Até hoje na vida

não consegui nem objectivos nem rumo próprio 1 2 3 4 5 6 7 consegui objectivos e rumo próprio

5.- Tens o sentimento de que não és tratado/a com justiça?

Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Raramente ou nunca

6.- Tens sentido muitas vezes que te encontras numa situação pouco habitual, sem saberes o que fazer?

Acontece frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Nunca ou raramente acontece

7.- Aquilo que fazes diariamente é

uma fonte de profunda satisfação e prazer 1 2 3 4 5 6 7 uma fonte de sofrimento e aborrecimento

8.- Tens sentimentos e ideias muito confusos?

Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca

9.- Acontece-te ter sentimentos que gostarias de não ter.

Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente

10.- Muitas pessoas (mesmo as que têm carácter forte) por vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já te sentiste assim no passado?

Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Muitas vezes

11.- Quando alguma coisa acontece, geralmente acabas por verificar que:

avaliaste mal a dimensão do problema 1 2 3 4 5 6 7 avaliaste correctamente a dimensão do problema

12.- Com que frequência sentes que têm pouco sentido as coisas que fazes na sua vida diária?

Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca

13.- Com que frequência tens sentimentos que duvidas poder controlar?

Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca

Forma de corrección del Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13), realizada posteriormente

| Escreve nesta coluna o valor das respostas dos seguintes ítems: | Atenção! nesta coluna inverte os valores da resposta : se respondeste 1 escreve =7; 2=6; 3=5; 4=4; 5=3; 6=2; e 7=1 | Soma (resp) cada linha |
|---|--|---|
| <i>(Ccom)</i> Ítems: 6: __ 8: __ 9: __ 11: __ | <i>(Ccom)</i> Inverte o valor da tua resposta no ítem 2: ____ | <i>Ccom</i> = |
| <i>(Cgma)</i> Ítems: 5: __ 13: __ | <i>(Cgma)</i> Inverter o valor do ítem 3: ____ 10: ____ | <i>Cgma</i> = |
| <i>(Cimea)</i> Ítems: 4: __ 12: __ | <i>(Cimea)</i> Inverte o valor dos ítems: 1: ____ 7: ____ | <i>Cimea</i> = |
| SOMA O TOTAL das três linhas (<i>Ccom, Cgma, Cimea</i>): | | SOC = |

3. Cuestionario NEO-FFI en portugués y forma de corrección. Son 60 ítems seleccionados de los 240 del NEO PI-R de Costa y McCrae (2000). El criterio de selección estuvo basado en los ítems seleccionados para el NEO-FFI en español, con algunas variantes sugeridas por estudios posteriores (Manga et al., 2004; Abella, 2008; Bárcena, 2006 y Galán, 2010).

Instruções. Este questionário contém 60 afirmações. Para cada afirmação, ponha um círculo à volta da letra (A-B-C-D-E) que melhor representa a sua opinião. Não existem respostas certas ou erradas. Descreva as suas opiniões, da forma mais precisa e sincera possível. Responda a **todas** as questões.

| A Discordo fortemente | | B Discordo | | | | | C Neutro | | | | | D Concordo | | | | | E Concordo fortemente | | | | |
|------------------------------------|---|----------------------|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|----------------------|---|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|--|
| 1 | Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas | A | B | C | D | E | 31 | Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e enervado(a) | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 2 | Sou uma pessoa alegre e bem disposta | A | B | C | D | E | 32 | Sou uma pessoa muito activa | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 3 | Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepiou ou uma onda de emoção | A | B | C | D | E | 33 | Dá-me gozo concentrar-me numa fantasia e explorar todas as suas possibilidades, deixando-a crescer e desenvolver-se | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 4 | Tendo a pensar o melhor das pessoas | A | B | C | D | E | 34 | Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 5 | Parece que nunca consigo ser organizado(a) | A | B | C | D | E | 35 | Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 6 | Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a) | A | B | C | D | E | 36 | Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 7 | Gosto muito de falar com as outras pessoas | A | B | C | D | E | 37 | Nas conversas, tendo a falar mais do que os outros | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 8 | A poesia pouco ou nada me diz | A | B | C | D | E | 38 | Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 9 | Por vezes, meto medo ou lisonjeio as pessoas, para as levar a fazer o que eu quero que elas façam | A | B | C | D | E | 39 | Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a) | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 10 | Tenho objectivos claros e faço por atingi-los, de uma forma ordenada | A | B | C | D | E | 40 | Tenho o vício do trabalho | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 11 | Às vezes, vêm-me à cabeça pensamentos aterradores | A | B | C | D | E | 41 | Sou bastante estável, do ponto de vista emocional | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 12 | Gosto de festas com muita gente | A | B | C | D | E | 42 | Não gosto de multidões, por isso, evito-as | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 13 | Tenho uma grande variedade de interesses intelectuais | A | B | C | D | E | 43 | Às vezes, perco o interesse, quando as pessoas começam a falar sobre assuntos demasiado teóricos e abstractos | A | B | C | D | E | | | | | | | | |
| 14 | Por vezes, levo as pessoas a fazerem o que eu desejo | A | B | C | D | E | 44 | Tento ser humilde | A | B | C | D | E | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|
| 15 | Trabalho muito para conseguir o que quero | A | B | C | D | E | 45 | Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho | A | B | C | D | E |
| 16 | Às vezes, sinto-me completamente inútil | A | B | C | D | E | 46 | Raramente estou triste ou deprimido(a) | A | B | C | D | E |
| 17 | Não me considero uma pessoa alegre | A | B | C | D | E | 47 | Às vezes, sinto-me a rebentar com tanta felicidade | A | B | C | D | E |
| 18 | Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza | A | B | C | D | E | 48 | Teria muita dificuldade em deixar a minha imaginação vaguear, sem controlo nem orientação | A | B | C | D | E |
| 19 | Acredito que a maioria das pessoas são, no fundo, bem-intencionadas | A | B | C | D | E | 49 | Penso que a maioria das pessoas com quem lido são honestas e dignas de confiança | A | B | C | D | E |
| 20 | Tenho muita auto-disciplina | A | B | C | D | E | 50 | Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo | A | B | C | D | E |
| 21 | Às vezes, as coisas parecem-me bastante negras e desesperadas | A | B | C | D | E | 51 | Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir | A | B | C | D | E |
| 22 | Gosto de ter muita gente à minha volta | A | B | C | D | E | 52 | Gosto de estar onde está a acção | A | B | C | D | E |
| 23 | Acho as discussões filosóficas aborrecidas | A | B | C | D | E | 53 | Gosto de resolver <i>puzzles</i> difíceis | A | B | C | D | E |
| 24 | Quando sou insultado(a), tento apenas perdoar e esquecer | A | B | C | D | E | 54 | Sei ser sarcástico(a) e cínico(a), quando necessário | A | B | C | D | E |
| 25 | Tenho dificuldades em me decidir a fazer o que devo | A | B | C | D | E | 55 | Quando começo um projecto, quase sempre o termino | A | B | C | D | E |
| 26 | Quando estou numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços | A | B | C | D | E | 56 | Tenho uma fraca opinião acerca de mim próprio(a) | A | B | C | D | E |
| 27 | Não sou tão rápido(a) e vivo(a) como outras pessoas | A | B | C | D | E | 57 | Não me dá muito prazer estar à conversa com as pessoas | A | B | C | D | E |
| 28 | Tenho uma grande capacidade para fantasiar | A | B | C | D | E | 58 | Tenho uma imaginação muito activa | A | B | C | D | E |
| 29 | A minha primeira reacção é confiar nas pessoas | A | B | C | D | E | 59 | Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros | A | B | C | D | E |
| 30 | Tento fazer as tarefas com todo o cuidado, para não ter necessidade de as fazer outra vez | A | B | C | D | E | 60 | Sou, frequentemente, confrontado(a) com situações para as quais não estou totalmente preparado(a) | A | B | C | D | E |

Corrección realizada posteriormente

| | A | B | C | D | E | | A | B | C | D | E | | A | B | C | D | E | | A | B | C | D | E | | A | B | C | D | E |
|-----|----------------------|---|---|---|---|-----|----------------------|---|---|---|---|-----|----------------------|---|---|---|---|-----|----------------------|---|---|---|---|-----|----------------------|---|---|---|---|
| 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 7 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 9 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 12 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 13 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 14 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 15 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 17 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 18 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 19 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 20 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 22 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 23 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 24 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 25 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 26 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 27 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 28 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 29 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 30 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 32 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 33 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 34 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 35 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 37 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 38 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 39 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 40 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 42 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 43 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 44 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 45 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 47 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 48 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 49 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 50 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 52 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 53 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 54 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 55 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 57 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 58 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 59 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 60 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| N = | <input type="text"/> | | | | | E = | <input type="text"/> | | | | | O = | <input type="text"/> | | | | | A = | <input type="text"/> | | | | | C = | <input type="text"/> | | | | |

4. BATERIA DE ESCALAS DE EXPECTATIVAS GENERALIZADAS DE CONTROL (BEEGC - 20)

| BATERIA DE ESCALAS DE EXPECTATIVAS GENERALIZADAS DE CONTROL (BEEGC - 20) | | | | | | | | | |
|---|-----------|---|---|---|---|--------|---|---|---|
| Palenzuela, Prieto, Barros y Almeida (1997) | | | | | | | | | |
| Encontrarás a seguir uma série de afirmações que poderão estar relacionados com alguns aspectos relevantes da tua vida. Não há respostas boas ou más, certas ou erradas. Cada um tem as suas próprias opiniões e formas de pensar, escolhe as afirmações que achas que melhor se ajustam ao que tu pensas. | | | | | | | | | |
| Lê cada afirmação e coloca um círculo em volta do número que melhor reflecte o teu grau de concordância ou de discordância, desde 1 (totalmente em desacordo com a afirmação) até 9 (completamente de acordo com a afirmação). Procura responder espontaneamente, sem demorar muito tempo em cada uma das afirmações. Responde, por favor, a todas as afirmações. Muito obrigado. | | | | | | | | | |
| | Desacordo | | | | | Acordo | | | |
| 1. O que eu puder conseguir na minha vida, vai depender muito do meu empenho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 2. São poucas as ocasiões em que duvido das minhas capacidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 3. Estou convencido de que não vale a pena esforçar-me nem lutar, uma vez que tudo está corrompido neste mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 4. Geralmente, quando desejo alguma coisa, penso que acabarei por a conseguir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 5. O factor sorte é algo que deverei ter em conta na minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 6. A minha vida vai depender do modo como eu actuar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 7. De nada serve ser-se competente, dado que a maioria das coisas estão previamente determinadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 8. Tenho grandes esperanças de conseguir as coisas que mais desejo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 9. Sem sorte pouco se pode conseguir na vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10. Sinto-me seguro das minhas capacidades para realizar bem as tarefas do dia a dia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 11. Em geral, o que me vier a acontecer na vida estará intimamente relacionado com aquilo que eu fizer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 12. Para quê iludir-me, se a única coisa que consta nesta vida é o compadrio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 13. Para poder atingir os meus objectivos, necessito de ter sorte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 14. Nas situações difíceis, raramente me invadem sentimentos de insegurança. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 15. Se eu lutar e trabalhar arduamente, poderei conseguir obter muitas coisas na vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 16. De que importa o meu valor, quando tudo está determinado pelas pessoas com poder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 17. Sou optimista quanto à concretização dos meus projectos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 18. Acredito que tenho capacidade suficiente para enfrentar os problemas da vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 19. Acredito que poderei ter sucesso nas coisas que mais importância têm para mim na vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 20. Acredito muito na influência da sorte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Corección posterior

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Obtem-se cinco pontoações somando os pontos dados em: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (C). Ítems: 1 ___ 6 ___ 11 ___ 15 ___ Total (C) = ___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (I). Ítems: 3 ___ 7 ___ 12 ___ 16 ___ Total (I) = ___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (A). Ítems: 5 ___ 9 ___ 13 ___ 20 ___ Total (A) = ___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (EA). Ítems: 2 ___ 10 ___ 14 ___ 18 ___ Total (EA) = ___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (EE). Ítems: 4 ___ 8 ___ 17 ___ 19 ___ Total (EE) = ___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5. Escala de autoestima de Rosengerg (1965)

| Escala de Autoestima de Rosenberg. | | | |
|--|----------|----------|---------------------|
| Instrucções: | | | |
| Na página que se segue está uma lista de frases que dizem respeito ao modo como te sentes acerca de ti mesmo/a. Lê atentamente cada uma das frases e assinala a opção correspondente a cada uma das afirmações consoante a tua opinião: Concordo completamente, concordo, não concordo, não concordo nada. Não há respostas certas nem erradas, o que interessa é que sejas o mais sincero(a) possível | | | |
| 1. Sinto que sou alguém de valor, pelo menos se comparado/a de forma justa com outras pessoas. | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Concordo Fortemente | Concordo | Discordo | Discordo Fortemente |
| 2. Tudo bem ponderado, sou levado/a a pensar que sou um falhanço. | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Concordo Fortemente | Concordo | Discordo | Discordo Fortemente |
| 3. Sinto que tenho boas qualidades. | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Concordo Fortemente | Concordo | Discordo | Discordo Fortemente |
| 4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das outras pessoas. | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Concordo Fortemente | Concordo | Discordo | Discordo Fortemente |
| 5. Sinto que não tenho muita coisa de que me orgulhar. | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Concordo Fortemente | Concordo | Discordo | Discordo Fortemente |
| 6. Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo/a. | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Concordo Fortemente | Concordo | Discordo | Discordo Fortemente |
| 7. Em geral estou satisfeito/a comigo próprio/a. | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Concordo Fortemente | Concordo | Discordo | Discordo Fortemente |
| 8. Desejava ter mais respeito por mim próprio/a. | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Concordo Fortemente | Concordo | Discordo | Discordo Fortemente |
| 9. Às vezes sinto-me completamente inútil. | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Concordo Fortemente | Concordo | Discordo | Discordo Fortemente |
| 10. Por vezes sinto que não presto para nada. | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Concordo Fortemente | Concordo | Discordo | Discordo Fortemente |
| Pontuação da Escala de Autoestima de Rosenberg. | | | |
| Há pontuações direitas dos itens 2-5-8-9-10, e também pontuações invertidas dos itens 1-3-4-6-7. | | | |
| Nas invertidas os valores são: 4=1, 3=2, 2=3 e 1=4. | | | |
| Pontuação directa: item 2 ____ 5 ____ 8 ____ 9 ____ 10 ____ | | | Soma= |
| Pontuação invertida: item 1 ____ 3 ____ 4 ____ 6 ____ 7 ____ | | | Soma= |
| PONTUAÇÃO TOTAL (DIRECTAS + INVERTIDAS) = _____ | | | |

