

Teresa Kirchner<sup>1</sup>  
Laia Ferrer<sup>2</sup>  
Maria Forn<sup>1</sup>  
Daniela Zanini<sup>3</sup>

# Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento

<sup>1</sup>Universidad de Barcelona España  
Facultad de Psicología  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Instituto R3C

<sup>2</sup>Centre de Salut Mental Infanto-juvenil de Santa Coloma de Gramenet  
Barcelona (España)

<sup>3</sup>Universidad Católica de Goiás (Brazil)

**Introducción.** La conducta autolesiva y la ideación suicida constituyen síntomas de riesgo de suicidio en la adolescencia. Conocer su prevalencia y características asociadas es fundamental para prevenir y tratar estas conductas adecuadamente. Los objetivos de este trabajo son: a) analizar la presencia de conducta autolesiva y pensamiento suicida en población comunitaria adolescente, según sexo, b) analizar la asociación entre ideación suicida y conducta autolesiva, calculando el riesgo relativo (RR) de autolesión; c) analizar el tipo de estrategias de afrontamiento que ponen en marcha respectivamente los adolescentes con presencia y ausencia de dichas conductas.

**Método.** Participan 1.171 estudiantes de ESO (518 chicos y 653 chicas) de entre 12 y 16 años. La conducta autolesiva y la ideación suicida se analizaron mediante el YSR y las estrategias de afrontamiento mediante la adaptación española del CRI-Youth.

**Resultados.** La prevalencia de conducta autolesiva es del 11,4% y la del pensamiento suicida del 12,5%, porcentajes acordes con los encontrados en otros países. No se han hallado diferencias de sexo, pero sí un incremento con la edad. Existe una importante asociación entre comportamiento autolesivo e ideación suicida; la probabilidad de autolesión en adolescentes con ideación suicida es más de diez veces superior que en adolescentes que no reportan dicho tipo de ideación. El uso de estrategias de afrontamiento específicas diferencia entre población con ausencia/presencia de dichas conductas, especialmente en las chicas.

**Conclusiones.** La asociación entre pensamiento autolesivo, conducta autolesiva y uso de estrategias de afrontamiento puede tener importante valor preventivo y coadyuvar a la implementación de tratamientos más efectivos.

**Palabras clave:**  
Conducta autolesiva, ideación suicida, estrategias de afrontamiento, adolescencia, diferencias de sexo.

*Actas Esp Psiquiatr 2011;39(4):226-35*

## Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies

Deliberate self-harm, suicide intents and suicidal ideation are suicide risk symptoms in adolescence. The knowledge of their prevalence and associated characteristics is needed to prevent and treat them properly. The aims of the present study are: a) to analyse the presence of deliberate self-harm and suicidal ideation among a general adolescent population according to sex, b) to investigate the link between these two symptoms, calculating the risk ratio (RR) of self-harming behavior among adolescents with suicidal ideation, and c) to analyze the coping strategies used by adolescents with presence/absence of these behaviors.

Participants are 1171 Catalan high school students (518 boys and 653 girls) aged 12 to 16 years. Self-harm behavior was assessed by means of YSR and coping strategies by means of CRI-Youth.

Results indicate that the prevalence of self-harm behavior is 11,4% and the one for the suicidal ideation is 12,5%, percentages that are in accordance with the

Correspondencia:  
Dra. Teresa Kirchner  
Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Passeig de la Vall d'Hebron, 171, 08035. Barcelona. España  
Tel: 00 34 933125122  
FAX: 00 34 934021362  
Correo electrónico: tkirchner@ub.edu

literature. No gender differences are found, but there is an increase with age in both types of risk behaviors. There is a significant link between deliberate self-harm and suicidal ideation. The RR indicates that the self-harming behavior is 10 times more likely to occur in the adolescents with suicidal ideation than in the adolescents without such ideation. The use of specific coping strategies differentiates between adolescents with presence/absence of these risk behaviors, especially in the case of girls. These findings may have important preventive value and contribute to the implementation of more effective treatments.

Key words:

Self-harm behavior, suicidal ideation, coping strategies, adolescence, sex differences.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia se configura como una etapa evolutiva de gran inestabilidad emocional, ya que el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en el desajuste psicológico presente<sup>1</sup> y futuro<sup>2,3</sup>. De aquí la importancia de identificar los factores de riesgo a fin de implementar medidas de prevención o de intervención que contribuyan a mejorar la salud mental del adolescente en su vida adulta. Algunos de los síntomas indicadores de sufrimiento psíquico son la conducta autolesiva, las tentativas suicidas y el pensamiento autolítico.

Se define la conducta autolesiva como la realización socialmente inaceptable y repetitiva de cortes, golpes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas leves o moderadas<sup>4</sup>. El comportamiento autolesivo se encuentra tanto en población general como psiquiátrica<sup>5</sup> y hay autores que proponen que se considere un síndrome por sí mismo<sup>6</sup>. Aunque el comportamiento autolesivo es conceptualmente distinto del suicidio<sup>7</sup>, múltiples estudios muestran una relación muy estrecha entre ambos<sup>8</sup>, siendo las conductas autolíticas un claro factor de riesgo para las tentativas suicidas, ya que tras una autolesión el riesgo de cometer suicidio oscila entre el 0,5 y el 2% en el año siguiente<sup>9</sup>. Algunos investigadores<sup>10</sup> plantean un *continuum* entre la conducta autolesiva y el suicidio, ya que ambos comparten un elemento esencial que es la autoinflcción de daño y únicamente se diferencian en la seriedad de la lesión causada.

Las conductas autolesivas son un fenómeno en aumento entre los adolescentes<sup>11</sup> y con una incidencia importante. En distintas revisiones de estudios comunitarios con adolescentes de todo el mundo se cifra en un 13% la prevalencia de comportamientos autolesivos y en un 26% la de los pensamientos suicidas<sup>12,13</sup>. Muehlenkamp y Gutierrez<sup>14</sup> con una muestra de escolares norteamericanos de 16 años de edad media cifran en un 15,9% el porcentaje de conductas autolesivas realizadas en el último año y Laye-Gindhu y Schonert-Reichl<sup>15</sup>, con escolares canadienses entre 13 y 18 años, reportan porcentajes del

15% también referidos al último año. En el informe de la OMS de 2001<sup>16</sup> se refiere que las lesiones autoinfligidas, incluido el suicidio, causaron aproximadamente 814.000 defunciones en el año 2000 en todo el mundo. En 2006 la OMS<sup>17</sup> cifraba la mortalidad por suicidio entre población joven española en 3,9 por cada 100.000 habitantes. Por lo que se refiere a diferencias de género, los datos no son unánimes, ya que si bien algunos estudios indican que los porcentajes de chicas que se autolesionan son superiores a los de los chicos<sup>15,18-21</sup>, otros autores no hallan diferencias significativas<sup>14,22-24</sup>. La edad de los participantes y el método de autolesión podrían ser variables relacionadas con las diferencias de género. En este sentido, un estudio de Sho et al.<sup>25</sup> pone de relieve que el porcentaje de chicos y chicas que se autolesionan con objetos cortantes es similar a los 10-11 años, pero las chicas obtienen porcentajes más elevados que los chicos en bloques etarios superiores. Por lo que se refiere al método, Laukkanen et al.<sup>26</sup> destacan que mientras no hay diferencias de género en la mayoría de métodos autolesivos, las chicas utilizan con mayor frecuencia que los chicos el cortarse. Un dato consensuado es que el suicidio completo es más frecuente en hombres y en adultos jóvenes que en mujeres<sup>18-20</sup>. Por lo que concierne a España, las últimas cifras sobre tasa de suicidios entre jóvenes de 15 a 24 años son de 7,44 chicos por cada 100.000 frente a 1,81 chicas. En Cataluña estas cifras son de 6,34 chicos frente a 1,83 chicas por cada 100.000<sup>27</sup>.

Con respecto a la edad, la conducta autolesiva, en sus diferentes variantes, se detecta ya en la adolescencia temprana, incluso en la niñez, incrementándose hasta la adolescencia media y tardía. El informe Truth Hurts<sup>28</sup> revela que la edad media a la que empieza esta conducta se sitúa en los 12 años e incluso puede detectarse en edades inferiores. El estudio de Sho et al.<sup>25</sup> con alumnos japoneses entre los grados 5º y 12º (edades entre 10 y 17 años) aporta porcentajes de conducta autolesiva del 4,8% para los grados 5º-6º, del 10,3% en los grados 7º-9º y del 8,3% para los grados 10º-12º. En Estados Unidos Kessler et al.<sup>20</sup> estudiaron la presencia de planificación y tentativas de suicidio a lo largo de la vida con una amplia población comunitaria y determinaron que la edad más prevalente para un primer comportamiento autolesivo se situaba en los 16 años, dato que concuerda con el de Madge et al.<sup>18</sup> con población europea.

La bibliografía destaca un fuerte vínculo entre la ideación suicida y el acto autolesivo; en esta línea Laye-Gindhu y Schonert-Reichl<sup>15</sup> mostraron que entre los chicos que se autolesionaron un alto porcentaje había presentado en algún momento ideación suicida (83%), mientras que entre aquellos que no se autolesionaron el porcentaje, si bien era alto, bajaba hasta el 29%. Asimismo, se ha detectado que los adolescentes con ideación suicida presentan mayor riesgo de cometer suicidios<sup>3,29</sup>. Es por ello que los investigadores remarcan la importancia de conocer la existencia de pensamientos suicidas entre los adolescentes cómo método de detección de acciones autolesivas que permita poner en

marcha estrategias de prevención. El pensamiento suicida, además, constituye un signo de malestar emocional por sí mismo, puesto que en adolescentes y adultos jóvenes está fuertemente asociado a sintomatología psicológica, especialmente a la depresión, así como a la baja autoestima y a la sintomatología ansiosa<sup>30</sup>.

Frente a situaciones que generan estrés, las personas suelen poner en marcha una serie de mecanismos que reciben el nombre de afrontamiento. Una de las definiciones más clásica y comúnmente aceptada del concepto se debe a Lazarus y Folkman<sup>31</sup> para quienes el afrontamiento se refiere a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas que son percibidas como una carga o que exceden sus recursos. Moos<sup>32</sup> clasifica las estrategias de afrontamiento en estrategias de aproximación al problema, (destinadas a transaccionar de forma directa con la fuente estresante), y estrategias de evitación (destinadas a estabilizar el estado emocional).

En adolescentes algunas estrategias de afrontamiento están más asociadas a la salud mental que otras. En una completa revisión sobre el afrontamiento al estrés en la infancia y adolescencia<sup>33</sup> se establece que las estrategias de aproximación (especialmente la de resolución de problemas, la de reestructuración cognitiva y la de reevaluación positiva) y aquellas que se focalizan en el problema (estrategias más "activas" en el afrontamiento) están asociadas a menos psicopatología; por el contrario, las que se basan en la retirada (evitación cognitiva y conductual, aceptación resignada, descarga emocional, pensamiento basado en ilusiones y culparse o criticarse a uno mismo) y las que se focalizan en la emoción están más asociadas a sintomatología psicológica. Por su parte, Ebata y Moos<sup>34</sup> pusieron de relieve que los adolescentes con síntomas de depresión y aquellos con trastornos de conducta utilizaban más estrategias de evitación y que, además, los primeros utilizaban menos estrategias de aproximación.

En adolescentes el déficit en las estrategias de afrontamiento y la baja autopercepción de capacidades para manejar situaciones estresantes se asocia con pensamiento suicida y tentativas autolíticas<sup>35</sup>. En una investigación realizada en población reclusa adulta joven, Kirchner, Forns y Mohino<sup>36</sup> hallan que los presos que se autolesionan durante el encarcelamiento, comparados con los que no lo hacen, tienden a usar de forma significativamente más elevada estrategias de evitación y significativamente en menor medida estrategias de aproximación. Hay autores que plantean que el comportamiento autolítico puede constituir en algunos adolescentes una estrategia de afrontamiento al malestar emocional en sí misma<sup>4, 7, 37</sup>, puesto que algunos chicos y chicas declaran que tras el episodio autolesivo sienten un rápido alivio de tensión.

Pese a que las conductas autolesivas y la ideación suicida empiezan a detectarse en la adolescencia temprana, dato fun-

damental para la implementación de programas de intervención precoz, hay cierta escasez de estudios, especialmente en población española, que cubran este bloque de edad, ya que la mayoría de investigaciones se centran en la adolescencia tardía. El objetivo genérico de este estudio se centra en analizar conductas autolesivas-suicidas e ideación suicida en adolescentes comunitarios que están cursando la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO). Este objetivo general se desglosa en tres subobjetivos: 1) Estimar la prevalencia de alumnos de ESO que refieren conductas autolesivas y pensamiento suicida, estableciendo diferencias en función del sexo y de la edad. 2) Estudiar la vinculación entre los comportamientos autolesivos y la ideación autolítica, y analizar el riesgo relativo de autolesiones en adolescentes con ideación suicida. 3) Analizar la vinculación de las conductas autolíticas y el pensamiento suicida con las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Con referencia al primer objetivo se sostiene que la prevalencia y distribución por sexos y edad del comportamiento autolesivo y de la ideación autolítica en nuestra población será parecida a la reportada por la literatura previamente revisada. Con la edad se apreciará un incremento de las conductas analizadas. En relación al segundo objetivo se hipotetiza que se encontrará una asociación positiva entre el comportamiento autolesivo y el pensamiento suicida. Además, aquellos adolescentes que han manifestado tener ideación suicida, tendrán mayor riesgo de cometer actos autolesivos que aquellos adolescentes que no hayan reportado este tipo de ideación. Finalmente, en relación al tercer objetivo se espera que aquellos adolescentes que se autolesionan y piensan en suicidarse presenten un perfil de afrontamiento caracterizado por un uso incrementado de estrategias de evitación.

## METODOLOGÍA

### Participantes

La población estudiada está compuesta por 1.171 alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de colegios e institutos públicos y privados de Barcelona y alrededores. Del total de participantes 518 (44,2%) son chicos y 653 (55,8%) son chicas. Sus edades oscilan de los 12 a los 16 años, siendo la edad media del total de la población de 13,96 años ( $DT = 1,32$ ), la edad media de los chicos 13,92 ( $DT = 1,33$ ) y 14,00 la de las chicas ( $DT = 1,31$ ). La distribución por edades según los cursos escolares es la que sigue: 12 años = 213; 13 años = 322; 14 años = 257; 15 años = 279 y 16 años = 100.

### Procedimiento

Se efectuó una selección estratificada de la población (adolescentes entre 12 y 16 años que estuvieran cursando Enseñanza Secundaria Obligatoria) y se escogieron los cen-

tros públicos y privados de Barcelona y alrededores según su disponibilidad. Se contactó con sus directores y equipo psicopedagógico y se les expuso el proyecto. Tras la autorización de los padres de los alumnos y del AMPA se programaron las sesiones. La participación de los alumnos fue voluntaria y el grado de motivación manifestado fue elevado. Ninguno de ellos rehusó participar en el estudio. Se garantizó el anonimato de los datos recogidos mediante el otorgamiento de un código a cada caso. Se administraron las pruebas de forma colectiva y contrabalanceada.

## Instrumentos

Para detectar a aquellos adolescentes que se autolesionan o que tienen ideación autolítica se ha utilizado la versión española<sup>38</sup> del Youth Self Report (YSR) diseñado por Achenbach<sup>39</sup>. El YSR evalúa la psicopatología adolescente concebida como una dimensión bipolar con dos grandes dimensiones psicopatológicas, denominadas de banda ancha: internalización y externalización, que a su vez agrupan síndromes más específicos. Cada pregunta va referida a los últimos 12 meses y es valorada en una escala Likert de 3 puntos (0 = "no es verdad", 1 = "algo cierto o verdad a veces"; 2 = "muy verdadero o frecuentemente es verdad"). Los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach de la versión española del YSR<sup>38</sup> fluctúan entre 0,83 y 0,91 (media = 0,87) para los síndromes de banda ancha y entre 0,54 y 0,86 (media = 0,69) para los de banda estrecha. Estos valores son muy parecidos a los reportados por Achenbach<sup>39</sup>. El YSR incluye dos preguntas directamente relacionadas con la conducta autolesiva-suicida ("deliberadamente he tratado de hacerme daño o de suicidarme") y con la ideación suicida ("pienso en suicidarme").

Para evaluar las estrategias de afrontamiento se ha utilizado la adaptación española<sup>40</sup> del Coping Responses Inventory-Youth (CRI-Y) de Moos<sup>32</sup>. Este inventario consta de 48 ítems con 4 opciones de respuesta puntuables en una escala Likert de 0 ("no, nunca") a 3 ("sí, casi siempre") distribuidos en 8 escalas de 6 ítems cada una. Cuatro de ellas evalúan estilos de afrontamiento basados en la aproximación al problema: Análisis lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda de guía y soporte y Resolución de problemas. Las cuatro escalas restantes evalúan estrategias basadas en la evitación del problema: Evitación cognitiva, Aceptación-resignación, Búsqueda de recompensas alternativas y Descarga emocional. Los coeficientes de fiabilidad de esta versión española son adecuados para el total de la escala (alfa de Cronbach = 0,81), siendo también aceptables para los dos grandes tipos de estrategias de afrontamiento que evalúa: aproximación (alfa = 0,77) y evitación (alfa = 0,72).

## Análisis estadístico

Los datos se han analizado mediante el paquete estadístico SPSS (16.0). Se han calculado porcentajes, medias y desviaciones típicas de las diversas variables analizadas. Se ha utilizado la técnica de  $\chi^2$  para determinar asociaciones entre variables categóricas. Cuando el número de efectivos no era el idóneo para aplicar esta prueba, se ha utilizado el estadístico exacto de Fisher y la corrección de Monte Carlo. Para establecer las tendencias o curvas evolutivas se han empleado contrastes polinómicos. Para estimar la probabilidad de ocurrencia de conductas autolesivas entre los alumnos con ideación suicida se ha calculado el riesgo relativo (RR) y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Se ha empleado la técnica no paramétrica *U* de Mann-Whitney para establecer diferencias entre dos variables continuas. Se ha establecido el valor  $p < 0,05$  para considerar diferencias significativas en los distintos análisis realizados.

## RESULTADOS

### Prevalencia de conducta autolesiva-suicida y pensamiento autolítico. Relación con sexo y edad

Un 11,4% de los participantes contesta afirmativamente a la pregunta referida a comportamientos autolesivos practicados en los últimos 12 meses. De este porcentaje, un 8,5% responde que es "algo cierto" y un 2,9% que es "muy verdadero". Un 12,5% reconoce haber tenido ideación suicida en los últimos 12 meses, aunque en distintos grados: un 10,2% responde que es "algo cierto" y un 2,3% que es "muy verdadero". No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ni en referencia a la conducta autolesiva [ $\chi^2$  (2, N = 1171) = 2,33,  $p = 0,31$ ], ni con respecto a la ideación suicida [ $\chi^2$  (2, N = 1171) = 3,17,  $p = 0,21$ ]. Respecto a la edad, a los 12 años los porcentajes referidos a conducta autolesiva o intentos de suicidio son 6% ("algo cierto") y 1% ("muy verdadero"); a los 13 años los porcentajes son 7,5% y 3,1% respectivamente; a los 14 años 7,4% y 3,5%; a los 15 años 10,8% y 3,6%; finalmente a los 16 años el porcentaje es de 14% para la respuesta "algo cierto" y de 3% para la respuesta "muy verdadero". Se han contrastado las diferencias según edad mediante el estadístico exacto de Fisher aplicando la corrección de Monte Carlo. Si bien las diferencias en el porcentaje de participantes que reconoce haber realizado autolesiones o intentos suicidas no son significativas ( $\chi^2$  (8, N = 1171) = 12,65,  $p = 0,14$ ), se observa una tendencia creciente a reportar este tipo de conductas a medida que la edad de los sujetos incrementa (contraste polinómico  $F = 6,78$ ,  $p = 0,009$ ).

Con respecto a la ideación suicida los porcentajes por edad son los que siguen: a los 12 años 8,5 ("algo cierto") y 0,5 ("muy verdadero"); a los 13 años los porcentajes son

7,1% y 3,1% respectivamente; a los 14 años 10,9% y 2,3%; a los 15 años 11,8% y 2,5%; finalmente a los 16 años el porcentaje es de 17% para la respuesta "algo cierto" y de 3% para la respuesta "muy verdadero". Se han contrastado las diferencias de porcentajes mediante el estadístico exacto de Fisher con corrección de Monte Carlo. Los resultados indican diferencias en el límite de la significación [ $\chi^2$  (8, N = 1171) = 15,04,  $p = 0,05$ ], con tendencia a incrementar con la edad.

A fin de analizar con mayor profundidad este tipo de conductas y en aras a simplificar los cálculos, se ha considerado que el valor 0 ("no es verdad") era indicativo de ausencia de estas conductas, mientras que los valores 1 y 2 ("algo cierto" y "muy verdadero" respectivamente) denotaban, aunque en diferente grado, la "presencia" de las mismas. Esta estrategia posibilita, además, incrementar el número de sujetos en cada una de estas dos categorías establecidas, hecho que permitirá optimizar posteriores cálculos. En la tabla 1 se muestran los porcentajes de presencia y ausencia de estas conductas según sexo y edad. Si bien con respecto al sexo sigue sin observarse diferencias significativas ni en conducta autolesiva-suicida ni en ideación suicida, [ $\chi^2$  (1, N = 1171) = 0,81,  $p = 0,20$ ;  $\chi^2$  (1, N = 1171) = 2,91,  $p = 0,09$  respectivamente], con respecto a la edad se observa un incremento significativo en ambas conductas [ $\chi^2$  (4, N = 1171) = 9,75,  $p = 0,05$ ;  $\chi^2$  (4, N = 1171) = 10,14,  $p = 0,04$  respectivamente]. También cabe señalar con respecto a la ideación suicida que en las diferencias entre géneros el nivel de probabilidad es marginalmente significativo. Se ha efectuado un análisis contemplando simultáneamente sexo y edad en conducta autolesiva y en ideación suicida. No se advierten diferencias significativas entre chicos y chicas en ningún grupo etario ( $p < 0,05$  en todos los contraste  $\chi^2$ ).

### Conducta autolesiva y pensamiento suicida

Se ha estudiado la asociación entre ideación suicida y comportamiento autolesivo-suicida. Los resultados (ver tabla 2) indican asociación entre ambas conductas: el 58% de los adolescentes que han pensado en suicidarse, también han efectuado un acto autolítico o un intento de suicidio en algún momento. Estos porcentajes no difieren significativamente en función del sexo.

Se ha calculado el riesgo relativo (RR) de conducta autolesiva entre aquellos adolescentes que han manifestado ideación suicida (grupo de riesgo) en relación a los que no han manifestado este tipo de ideación (grupo de no riesgo). El grupo con ideación suicida tiene 12 veces más probabilidades de autolesionarse que el grupo que no reporta este tipo de ideación. El cálculo de RR para cada sexo indica que los varones del grupo de riesgo tienen diez veces más probabilidad de autolesionarse que los del grupo de no riesgo. Por su parte, las chicas del grupo de riesgo tienen trece veces

Tabla 1	Frecuencia y porcentaje de ausencia/presencia de conducta autolesiva e ideación suicida según sexo y edad			
	Conducta autolesiva		Ideación suicida	
	Ausencia	Presencia	Ausencia	Presencia
Sexo (N = 1.171)				
Chicas	571 (87,4%)	82 (12,6%)	562 (86,1%)	91 (13,9%)
Chicos	466 (90%)	52 (10%)	463 (89,4%)	55 (10,6%)
Total	1037 (88,6%)	134 (11,4%)	1025 (87,5%)	146 (12,5%)
Edad (N = 1.171)				
12 años	198 (93%)	15 (7%)	194 (91,1%)	19 (8,9%)
13 años	288 (89,4%)	34 (10,6%)	289 (89,8%)	33 (10,2%)
14 años	229 (89,1%)	28 (10,9%)	223 (86,8%)	34 (13,2%)
15 años	239 (85,7%)	40 (14,3%)	239 (85,7%)	40 (14,3%)
16 años	83 (83%)	17 (17%)	80 (80%)	20 (20%)

más probabilidad de autolesionarse que las del grupo de no riesgo. Se hace evidente la relación entre ideación suicida y conducta autolesiva o intentos de de suicidio.

### Estrategias de afrontamiento, conducta autolesiva e ideación suicida

En la tabla 3 pueden observarse las diferencias de afrontamiento entre aquellos adolescentes que han reportado conductas autolesivas e ideación suicida y aquellos que no. Los resultados indican que los adolescentes de ambos sexos que se autolesionan usan de forma significativamente más frecuente la estrategia de Descarga Emocional como método de afrontar sus problemas. Además, las chicas que se autolesionan puntúan significativamente más alto en las estrategias de Análisis Lógico, Evitación Cognitiva, Aceptación-Resignación y en el total de respuestas de Evitación, y significativamente más bajo en la estrategia de Resolución de Problemas que las que no se autolesionan.

En cuanto a la ideación suicida, los resultados indican un patrón de afrontamiento muy parecido al observado en la conducta autolesiva, lo cual es lógico dado que buena parte de la población analizada es la misma. Los chicos y chicas que reportan ideación suicida usan de forma más frecuente la Descarga Emocional como forma de afrontar sus problemas y en conjunto, hacen un mayor uso de las estrategias de tipo evitativo. Además, las chicas que tienen

Tabla 2		Asociación entre ideación suicida y conducta autolesiva. Contraste $\chi^2$ y riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza (IC)		
Ideación suicida	Conducta autolesiva		Contraste $\chi^2$ y riesgo relativo (RR)	
	Presencia	Ausencia		
Chicos (n = 518)				
Presencia (n = 55)	29 (52,7%)	26 (47,3%)	$\chi^2$ (1, N = 518) = 124,17, $p < 0,001$ RR = 10,61 (IC = 6,63-16,99)	
Ausencia (n = 463)	23 (4,9%)	440 (95,1%)		
Chicas (n = 653)				
Presencia (n = 91)	56 (61,5%)	35 (38,5%)	$\chi^2$ (1, N = 653) = 231,02, $p < 0,001$ RR = 13,30 (IC = 8,83-20,02)	
Ausencia (n = 562)	26 (4,6%)	536 (95,4%)		
Total				
Presencia (n = 146)	85 (58,2%)	61 (47,8%)	$\chi^2$ (1, N = 1.171) = 360,13, $p < 0,001$ RR = 12,18 (IC = 8,97-16,54)	
Ausencia (n = 1025)	49 (4,8%)	976 (95,2%)		

Tabla 3		Medias y desviaciones típicas (DT) en las escalas del CRI-Y de chicos y chicas según hayan reportado o no conducta autolesiva e ideación suicida. Contraste U de Mann-Whitney										
Afrontamiento CRI-Y	Conducta autolesiva						Ideación suicida					
	Boys			Girls			Boys			Girls		
	Presencia	Ausencia	p	Presencia	Ausencia	p	Presencia	Ausencia	p	Presencia	Ausencia	p
	Media (DT)	Media (DT)		Media (DT)	Media (DT)		Media (DT)	Media (DT)		Media (DT)	Media (DT)	
Análisis Lógico	10,5 (4,43)	9,48 (4,29)	0,24	11,4 (3,3)	9,99 (3,88)	0,001	10,31 (4,04)	9,39 (4,31)	0,24	11,56 (3,31)	9,91 (3,87)	0,001
Reevaluación Positiva	9,4 (4,19)	9,4 (4,05)	0,84	8,75 (3,93)	9,12 (3,86)	0,58	8,72 (3,87)	9,13 (4,04)	0,84	8,66 (3,90)	9,15 (3,85)	0,58
Búsqueda de Guía	7,59 (4,4)	6,74 (4,18)	0,12	8,62 (3,99)	8,07 (4,34)	0,32	6,94 (4,38)	6,74 (4,20)	0,12	8,79 (4,17)	8,03 (4,35)	0,32
Solución de Problemas	8,8 (3,7)	9,14 (4,58)	0,41	8,52 (3,86)	9,56 (4,14)	0,03	8,61 (4,29)	9,17 (4,54)	0,41	8,48 (4,01)	9,54 (4,13)	0,03
Evitación Cognitiva	9,4 (3,8)	8,82 (4,15)	0,39	9,9 (4,3)	8,78 (3,9)	0,03	8,80 (3,94)	8,79 (4,12)	0,39	9,24 (4,25)	8,88 (3,93)	0,03
Aceptación- Resignación	8,6 (4,24)	7,62 (3,82)	0,15	9,1 (3,47)	7,49 (3,66)	<0,001	8,45 (4,20)	7,54 (3,81)	0,15	8,80 (3,64)	7,49 (3,63)	<0,001
Búsqueda Gratificación	7,7 (4,5)	6,65 (4,57)	0,09	7,05 (4,35)	6,43 (4,24)	0,45	6,98 (4,44)	6,68 (4,58)	0,09	6,80 (4,41)	6,50 (4,26)	0,45
Descarga Emocional	7,49 (3,9)	4,88 (3,77)	<0,001	10,06 (3,86)	6,45 (3,9)	<0,001	7,01 (3,87)	4,78 (3,79)	<0,001	9,93 (3,93)	6,39 (3,91)	<0,001
Total Aproximación	36,28 (11,36)	34,59 (12,59)	0,46	37,24 (10,23)	36,76 (11,19)	0,78	34,70 (10,95)	34,49 (12,64)	0,46	37,45 (10,37)	36,67 (11,24)	0,78
Total evitación	33,07 (11,75)	28,02 (11,29)	0,006	35,73 (10,57)	29,32 (10,28)	<0,001	31,21 (10,83)	27,90 (11,26)	0,006	34,65 (11,56)	29,46 (10,24)	<0,001

pensamientos suicidas refieren que usan en mayor medida el Análisis Lógico, la Aceptación-Resignación, la Evitación Cog-

nitiva y en menor medida la Resolución de Problemas que las chicas que no reportan esta ideación.

## CONCLUSIONES

Con respecto al primer objetivo de este estudio se concluye que el porcentaje de adolescentes que ha manifestado conductas autolesivas e ideación suicida es alto (11,4 y 12,5% respectivamente). Estos porcentajes son parecidos a los de otros estudios, como el de Evans et al.<sup>13</sup> que en adolescentes ingleses detecta un 13% de autolesiones, el de Ross y Heath<sup>41</sup> que halla un 13% de autolesiones en adolescentes canadienses y el de Laukkanen, et al.<sup>26</sup> que, con adolescentes finlandeses de entre 13 y 18 años, encuentra ratios del 10,2%. En cuanto al género, nuestro estudio no ha evidenciado diferencias entre chicos y chicas, resultados que están en línea con los de otros autores<sup>14, 22, 24, 42</sup>. Cerutti et al.<sup>24</sup> con una muestra de chicos y chicas italianos entre los 13 y los 22 años, tampoco evidencian diferencias de género en el total de autolesiones reportadas, pero sí en los métodos empleados. Hilt et al.<sup>23</sup> trabajando con chicos y chicas de entre 11 y 13 años no advierten diferencias significativas entre sexos. Los porcentajes hallados por estos autores son de 6,8% en chicos y de 8,1% en chicas. No obstante, los datos de la literatura no son concordantes, ya que otros autores encuentran porcentajes de autolesiones más elevados entre las chicas<sup>13, 41</sup>. En el estudio multinacional de Madge et al.<sup>18</sup> realizado conjuntamente en distintos países europeos y Australia con población comunitaria, el 8,9% de las chicas y el 2,6% de los chicos declaraban haber realizado este tipo de conductas en el año anterior, y el 13,5% de las chicas y el 4,3% de los chicos reconocían haber realizado algún acto autolesivo en algún momento de su vida. En el estudio de Laye-Gindhu et al.<sup>15</sup>, también realizado en Canadá, los porcentajes de chicas y chicos que reconocían haberse autolesionado fueron del 17% y del 8% respectivamente. En una revisión de Hawton y Harris<sup>19</sup> centrada en las diferencias de género en el comportamiento autolesivo y suicida a lo largo del ciclo vital, se concluye que la proporción chicas-chicos es de 8 a 1 entre los 10 y 14 años y de 3 a 1 entre los 15 y 19.

Una posible explicación al hecho de que en la población del presente estudio no se encuentren diferencias significativas entre sexos puede radicar en la formulación genérica de la pregunta referente a la conducta autolesiva o suicida, en la que no se especifica ni la forma en que se ha lesionado ni su resultado. Tal como apuntan Ross y Heath<sup>41</sup> existen tendencias distintas en relación al sexo en los medios que los adolescentes escogen para hacerse daño: las chicas son más proclives a realizarse cortes y los chicos a llevar a cabo conductas de riesgo. En un estudio realizado con población comunitaria adolescente por Muehlenkamp y Gutierrez<sup>14</sup> tampoco se hallan diferencias de sexo en las tasas de autolesión y los autores ofrecen una explicación parecida. Los diferentes bloques de edad analizados, los diferentes métodos para evaluar la conducta autolesiva y la propia conceptualización y amplitud otorgada al término "autolesión" son factores que pueden explicar también la no concordancia de datos en la literatura.

En cuanto a la ideación suicida, su presencia es parecida en nuestra población (13% del total) a la reportada por otros estudios, como por ejemplo el de Stewart et al.<sup>30</sup> que determina que el 10% de los adolescentes estudiados afirman tener pensamientos suicidas, o el trabajo de Laye-Gindhu y Schonert-Reichl<sup>15</sup> que sitúan en un 9% el porcentaje de adolescentes con pensamientos suicidas. En cuanto a las diferencias entre sexos, existen datos contradictorios, pues si bien la diferencia es escasa en el estudio de Stewart et al.<sup>30</sup> sí es significativa en el de Laye-Gindhu y Schonert-Reichl<sup>15</sup>.

Con la edad, tal como se hipotetizaba, se aprecia un incremento tanto de las conductas autolesivas como de la ideación suicida. Las conductas autolesivas pasan de un 7% los 12 años a un 17% a los 16 años, y la ideación suicida de un 8,9% a los 12 años a un 20% a los 16. En la población analizada los 16 años parecen ser un punto de inflexión importante, dato acorde con los reportados por otros autores<sup>18, 20, 21</sup>. Si bien los datos son coincidentes, el hecho de que en el presente estudio no se hayan analizado edades superiores, sólo permite afirmar que los 16 años es la edad más prevalente de este tipo de conductas de riesgo entre los alumnos que cursan la ESO.

Con relación al segundo objetivo planteado, la ideación suicida y la conducta autolítica mantienen entre sí relaciones importantes. Un 58% de adolescentes que reconoce haber tenido ideación suicida han reportado, asimismo, conductas autolesivas o intentos de suicidio. Este porcentaje en las chicas se eleva al 61,5%. El riesgo relativo de autolesionarse en el grupo de pensamiento suicida es alrededor de 10 veces superior en relación al grupo que no ha reportado este tipo de pensamientos. El riesgo relativo según el género es del 10% y del 13% para chicos y chicas respectivamente. Se hace evidente la relación entre ideación suicida y conducta autolesiva o intentos de suicidio, como han resaltado otros autores<sup>14, 15, 43, 44</sup>. Este dato puede ser de interés de cara al diseño de planes de intervención. No obstante, dado el diseño correlacional de este estudio, ha podido establecerse la intensidad de la relación entre estas dos conductas, pero no su direccionalidad.

Por lo que respecta al perfil de afrontamiento, eje central del tercer objetivo del estudio, se observan algunas diferencias en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento específicas por parte de adolescentes con y sin las conductas de riesgo. Las diferencias son más acusadas entre las chicas que entre los chicos. En el caso de las chicas, aquellas que han reportado las conductas de riesgo utilizan más estrategias de tipo evitativo; especialmente se muestran más resignadas ante los acontecimientos negativos, evitan pensar en ellos y ventilan más sus sentimientos. Asimismo, utilizan en menor medida la estrategia de resolución directa de los problemas. Entre los chicos con y sin las conductas de riesgo analizadas no se advierten tantas diferencias en el uso del afrontamiento como es el caso de las chicas, si

bien utilizan en mayor medida las de tipo evitativo; especialmente se observa que tienden a expresar sus emociones negativas en mayor medida. Este uso más frecuente de respuestas de tipo evitativo entre población con sintomatología ha sido destacado reiteradamente en la literatura sobre afrontamiento en adolescencia<sup>33</sup>. Estos resultados están en consonancia con la literatura sobre el tema que señala déficits en el afrontamiento de adolescentes con comportamientos suicidas<sup>45</sup> y un menor uso de estrategias de afrontamiento en general<sup>46</sup>, así como un mayor uso de estrategias evitativas<sup>47</sup>. En población de jóvenes reclusos también se ha evidenciado que un uso elevado de estrategias de evitación juntamente con un uso poco elevado de estrategias de aproximación era un buen predictor de conducta autolesiva durante el encarcelamiento<sup>36</sup>.

Compas et al.<sup>33</sup> plantearon que las estrategias de afrontamiento al estrés que generalmente usan las chicas (focalizadas en la emoción y menos activas) pueden mantener o incrementar el malestar psicológico. Estos datos anteriores indican la conveniencia de entrenar a los adolescentes, especialmente a las chicas, en el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas, basadas en la aproximación al problema, que sustituyan las de tipo evitativo, más ineficaces o que incluso incrementan el malestar psicológico. Especialmente sería conveniente efectuar entrenamientos en técnicas de resolución de problemas, estrategia ésta poco usada por las adolescentes con ideación y comportamiento autolesivo. Este tipo de intervenciones psicológicas también podrían contribuir a la disminución de una de las estrategias más utilizadas por las chicas que se autolesionan que es la de Aceptación-Resignación. Estos programas podrían iniciarse de forma sistemática al comienzo de la ESO mediante cursillos o charlas impartidos por profesionales del propio centro escolar (psicólogo escolar, psicopedagogo) o bien por profesionales externos y tendrían tanto una función preventiva como de intervención.

### Limitaciones y puntos fuertes

A pesar de que el presente estudio contribuye a ampliar el conocimiento sobre el fenómeno autolesivo y el pensamiento autolítico entre la juventud de nuestro país, hay que tener en cuenta que presenta limitaciones. Por un lado, aunque la población es amplia, el hecho de que la presencia de la conducta a estudiar sea minoritaria reduce el número de sujetos sobre los que se ha podido estudiar diferencias en características de afrontamiento. Es por ello que posiblemente los datos sean poco concluyentes o poco generalizables, o incluso que se haya incrementado el error de Tipo II.

Por lo que se refiere al instrumento de detección de los sujetos que se autolesionan y presentan ideación suicida, puede ser cuestionable el uso de un instrumento no específi-

co, ya que si bien es suficientemente inclusivo para distintos grados de lesión y métodos, también resulta a su vez poco discriminativo. No ofrece información de la gravedad ni de la intencionalidad, aspectos que la literatura ha revelado importantes para la comprensión del hecho autolesivo. Si bien, por un lado, este hecho puede interpretarse como una limitación de nuestro estudio, por otro cabe argumentar que la respuesta a los ítems implicados en la conducta autolesiva e ideación suicida en el contexto de la psicopatología general que evalúa el YSR, puede haber suscitado en los participantes respuestas más espontáneas, especialmente por parte de los adolescentes más jóvenes. Además, los resultados obtenidos son muy similares a los de otros trabajos que han empleado instrumentos más específicos y con mayor número de ítems. Finalmente, este estudio presenta las limitaciones propias de los diseños transversales, que no permiten determinar la causalidad de las variables manejadas.

Cómo puntos fuertes cabe destacar que existen escasos estudios sobre conductas o pensamientos autolesivos realizados con población comunitaria española, y menos aún con adolescentes de edades tan tempranas, ya que la mayoría de estudios se centran en la adolescencia tardía. El hecho de que se hayan detectado conductas de riesgo a edades tempranas es de suma importancia para su intervención precoz e implementación de medidas preventivas. Esto da valor a los datos obtenidos, puesto que nos aproximan a una realidad, que si bien conocíamos de otros países, en el nuestro se evidenciaba escasez de estudios.

### Implicaciones clínicas y perspectivas de futuro

Los datos obtenidos indican la necesidad de tener en consideración este tipo de conductas de riesgo, pues su presencia entre los adolescentes de nuestra comunidad es alta. Si, además, tenemos en cuenta que su presencia puede ser un factor de riesgo de psicopatología en la vida adulta, una adecuada detección por parte de los responsables de salud comunitaria, terapeutas y educadores puede ser importante en aras a prevenir futuras dificultades emocionales. Por otro lado, y a la vista de los resultados, parece que los adolescentes que se autolesionan, especialmente en el caso de las chicas, utilizan unas estrategias de afrontamiento menos adaptativas que los que no se autolesionan. Así pues, una posible intervención psicológica podría dirigirse a dotar a estos chicos y chicas de recursos para manejar su angustia y capacitarles para afrontar de forma más saludable las situaciones de conflicto. Sería interesante en un futuro poder estudiar estas conductas de forma más amplia y extender el análisis a la adolescencia tardía (17 y 18 años) a fin de observar si las tendencias que se han observado se mantienen con la edad. Estudios con diseño longitudinal serían idóneos para observar la evolución de estas conductas de riesgo.



Esta investigación ha sido financiada parcialmente por la subvención otorgada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de la Dirección General de Investigación y Gestión del Plan Nacional de I+D+I con número de referencia PSI 2009-11542.

## BIBLIOGRAFÍA

- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:837-44.
- Najman JM, Heron MA, Hayatbakhsh MR, Dingle K, Jamrozik K, Bor W, et al. Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *J Psychiat Res* 2008;42:694-700.
- Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent Suicidal Ideation as Predictive of Psychopathology, Suicidal Behavior, and Compromised Functioning at Age 30. *Am J Psychiat* 2006;163:1226-32.
- Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychology Rev* 1998; 18(5):531-54.
- Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiat* 2003;60:1501-8.
- Muehlenkamp J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiat* 2005;75:324-33.
- Mangnall J, Yurkovich E. A literature review of deliberate self-harm. *Pers Psychiat Care* 2008;44(3):175-84.
- Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Nonsuicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiat Res* 2006;144:65-72.
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *Br J Psychiat* 2002;181:193-9.
- Stanley B, Winchel R, Molcho A, Simeon D, Stanley M. Suicide and the self-harm continuum: phenomenological and biochemical evidence. *Int Rev Psychiatr* 1992;4(2):149-55.
- Hawton J, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc* 2000;23:47-55.
- Safer D. Self-Reported Suicide Attempts by Adolescents. *Ann Clin Psychiatry* 1997;9(4):263-9.
- Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide Life-Threat Behav* 2005;35(3):239-50.
- Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide Life-Threat Behav* 2004;34(1):12-23.
- Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm. *J Youth Adolescence* 2005;34:447-57.
- World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Genève: WHO 2001.
- World Health Organization. Country reports and charts. En [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html). 2006.
- Madge N, Hewitt A, Hawton K, Jan de Wilde E, Corcovan P, Fekete S, et al. Deliberate self harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child and Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psych* 2008;49(6):667-77.
- Hawton K, Harris L. The Changing Gender Ratio in Occurrence of Deliberate Self-Harm Across the Lifecycle. *Crisis* 2008a;29(1):4-10.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-26.
- Hawton K, Harris L. Deliberate self-harm by under-15-year-olds: Characteristics, trends and outcome. *J Child Psychol Psych* 2008b;49(4):441-8.
- Bjärehed J, Lundh LG. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation. *Cogn Behav Ther* 2008;37(1):26-37.
- Hilt LM, Nock MK, Lloyd-Richardson EE, Prinstein MJ. Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents. *J Early Adol* 2008;28:455-69.
- Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KL. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *J Adol* 2010; 1-11 in press doi:10.1016.
- Sho N, Oiji A, Konno CH, Toyohara K, Minami T, Arai T, et al. Relationship of intentional self-harm using sharp objects with depressive and dissociative tendencies in pre-adolescence-adolescence. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009;63:410-6.
- Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylma J, Tolmunen T, Hintikka J. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:23-8.
- Aran-Bares M, Gispert R, Puig X. Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España (1986-2002). *Gac Sanit [online]* 2006;20 (6).
- Mental Health Foundation (2006). *Truth hurts: report of the National Inquiry into self-harm among young people*. London: Mental Health Foundation.
- Prinstein MJ, Nock MK, Simon V, Aikins JW, Cheah CS, Spirito A. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *Consult Clin Psychol* 2008;76:92-103.
- Stewart ME, Donaghey C, Deary IJ, Ebmeier KP. Suicidal thoughts in young people: Their frequency and relationships with personality factors. *Pers Individ Differ* 2008;44:809-20.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
- Moos R. *Coping Responses Inventory - Youth Form manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1993.
- Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. *Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research*. *Psychol Bull* 2001;127(1):87-127.
- Ebata AT, Moos RH. Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *J Appl Dev Psychol* 1991;17:33-54.
- Cole DA. Psychopathology of Adolescent Suicide: Hopelessness, Coping Beliefs, and Depression. *J Abnorm Psychol* 1989; 98(3):248-55.
- Kirchner T, Fornis M, Mohino S. Identifying the risk of Deliberate Self-harm among young prisoners by means of coping typologies. *Suicide Life-Threat Behav*, 2008; 38(4):442-8.
- Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005;22:1471-81.
- Abad J, Fornis M, Gomez J. Emotional and behavioral problems as measured by the YSR. Gender and age differences in Spanish adolescents. *Eur J Psychol Assess* 2002;18:149-57.
- Achenbach TM. *Manual for the Youth Self Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
- Fornis M, Amador JA, Kirchner T, Gomez J, Martorell B, Muro P. Psychometric properties of the Spanish version of the Moos' Coping Responses Inventory for Youth. *Psychol Rep* 2005;97:777-89.

41. Ross S, Heath N. A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *J Youth Adolescence* 2002;31(1):67-77.
42. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 2007;37:1183-92.
43. Tejedor Azpeitia MC, Díaz Pérez AM, Álvarez Martínez E, Castillón Mazurca JJ, Percay Hosta JM. Intento de suicidio: cambios epidemiológicos entre 1969-1996. Estudio retrospectivo de 1.150 casos. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:292-7.
44. Haro JM, Palacín C, Vilagut C, Romera B, Codony M, Autonell J et al. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:182-91.
45. Sadowsky C, Kelley ML. Social problem solving in suicidal adolescents. *J Consult Clin Psych* 1993;61:121-7.
46. Piquet ML, Wagner BM. Coping Responses of Adolescent Suicide Attempters and Their Relation to Suicidal Ideation across a 2-Year Follow-up: A Preliminary Study. *Suicide Life-Threat Behav* 2003;33(3):288-301.
47. Spirito A, Francis G, Overholser J, Frank N. Coping, depression, and adolescent suicide attempts. *J Clin Child Psychol* 1996;25:147-55.