

Interdisciplinaria

ISSN: 0325-8203

ISSN: 1668-7027

interdisciplinaria@fibercorp.com.ar

Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y
Ciencias Afines

Argentina

Galarza, Aixa L.; Castañeiras, Claudia E.; Fernández Liporace, Mercedes
Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos
Interdisciplinaria, vol. 35, núm. 2, 2018, Julio-, pp. 307-326
Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines
Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.0a?id=18058785005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos*

Prediction of suicidal behaviors and non suicidal self-injury in Argentinian adolescents

Aixa L. Galarza, Claudia E. Castañeiras*** y
Mercedes Fernández Liporace******

*Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación mayor denominado “Estudio de características cognitivas y emocionales relacionadas con riesgo suicida en adolescentes escolarizados” llevado a cabo en la ciudad de Mar del Plata (Argentina). Para la gestión y realización de la investigación se contó con el aval y financiamiento de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Además se contó con la colaboración de 7 establecimientos de educación secundaria de gestión pública y privada de la ciudad.

Las autoras agradecen profundamente a los directivos, docentes y estudiantes de las escuelas secundarias que abrieron las puertas de sus instituciones y colaboraron desinteresadamente en calidad de participantes. Sin ellos no hubiera sido posible llevar a cabo el estudio.

**Licenciada en Psicología. Becaria Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Miembro del Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica GIEPsi – IPSIBAT. Profesora Adjunta de la Cátedra Instrumentos de Exploración Psicológica I y Ayudante Docente en Historia Social de la Psicología en la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

E-mail: aixa_galarza@live.com.ar.

***Doctora en Psicología. Directora del Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica GIEPsi – IPSIBAT. Profesora Titular de la Cátedra Instrumentos de Exploración Psicológica I y Profesora Adjunta de la Cátedra Introducción a la Psicología en la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

****Doctora en Psicología. Investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Profesora Titular de la Cátedra Técnicas Psicométricas de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.

Resumen

Actualmente uno de los debates centrales en el campo de la suicidología refiere a si los comportamientos suicidas y las autolesiones no suicidas (NSSI) representan *clusters* diferentes o un *continuum* en el espectro autodestructivo. Si se las considerara entidades nosológicas separadas debiera ser factible identificar características diferenciales entre ellas de manera que, por ejemplo, fuera posible predecir en qué casos de NSSI sería más probable que un adolescente cometiera un intento suicida. Este estudio se propuso es-

tablecer la capacidad predictiva de habilidades emocionales e interpersonales para ambos tipos de comportamientos. Para ello se administraron el Inventory de Orientaciones Suicidas ISO-30, la Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales TMMS-24 y las escalas Recursos Sociales de las Escalas de Recursos Psicológicos a 510 adolescentes escolarizados de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. Se seleccionaron 81 casos con autolesiones no suicidas (Grupo NSSI) y 61 con ideaciones suicidas (Grupo IS). Los resultados muestran que los modelos de regresión obtenidos para cada grupo

son diferentes. El ajuste general del modelo del Grupo IS resultó adecuado ($\chi^2 = 10.54; p = .22$), los coeficientes de determinación revelan una capacidad explicativa que da cuenta de entre un 25 y 46% de la varianza total y la variable de mayor peso en el modelo fue la Incapacidad para Pedir Ayuda. En cambio el modelo del grupo NSSI mostró un pobre ajuste y solamente quedaron incluidas las variables emocionales. Se discuten los resultados según consecuencias aplicadas y futuras líneas de investigación.

Palabras clave: Comportamientos suicidas;—Autolesiones no suicidas; Habilidades emocionales; Habilidades interpersonales; Adolescentes.

Abstract

Currently, one of the central debates in the field of suicidology refers to whether suicidal behavior and non suicidal self-injury (NSSI) represent different clusters or a continuum in the self-harm spectrum. The first approach, which runs in the same line than DSM-5, defines the NSSI as self-inflicted injuries on any surface the own body with the goal of releasing negative thought or feelings, as a reaction to an interpersonal conflict, aiming at the achievement of a positive affective state, clearly understanding that in any case these injuries could cause death. The second approach states that the non-suicidal qualification represents a restriction and is potentially dangerous, given the close link between NSSI and suicidal behavior. If they were separate nosological entities it should be possible to identify differential features in each one. Literature focused on the study of pathological variables, suggest that it seems to be a difference of degree rather than qualitative since adolescents showing suicidal behaviors report more severe psychopathological symptoms, more depression, more hopelessness and loneliness, many family conflicts, and finding less reasons to stay alive compared to those who only exhibit NSSI. These data, somehow, offer support to both approaches. Following this debate, this study aimed at establishing the predictive value of emotional and interpersonal skills as inde-

pendent variables for both types of behaviors. The selection of these variables was based on previous research findings, which provide robust evidence regarding the huge difficulties showed by adolescents with suicidal behaviors and NSSI in emotional expression and regulation. As for of interpersonal variables, diverse studies offer consistent results about the low perception of social support, the presence of intense feeling of loneliness and alienation, as well as the communication difficulties manifested by adolescents with suicidal behaviors. Based on this background, the hypothesis states that such difficulties with emotional skills will be useful predictors for both groups, only showing differences of degree. This way, adolescents with NSSI will show fewer difficulties in this aspect than the suicidal ideation group; meanwhile difficulties in interpersonal skills will arise as predictors only for the suicidal ideation group. The Inventory for Suicidal Orientations, the Trait Meta-Mood Scale and the Social Resources Scales from the Psychological Resources Scales were used to examine to 510 adolescent students from the city of Mar del Plata, Argentina. From the total sample, 142 participants were selected and separated into two groups. Suicidal Ideation Group -IS- (82% females, $M = 16.16; SD = 1.11$) accomplished at least one of the following criteria for high suicidal risk with active suicidal ideation: a) total score of ISO-30 ≥ 45 ; b) score ≥ 2 in the item #30 of the ISO-30 scale, "If my problems get worst, I will kill myself"; c) score ≥ 1 in item 30 and total score ≥ 37 (P 84) in ISO-30, or d) explicit information on ideation and/or suicidal attempt in responses to personal data survey. The other group -NSSI- was composed of 81 cases (71.6% females, $M = 16.35; SD = 1.13$) according to the following criteria: (a) having reported self-injury thoughts and/or committing self-injuries; (b) not achieving any of the 4 criteria established for the suicidal ideation group. Results identified different regression models for each group. The overall fit showed for IS-Group model was adequate ($\chi^2 = 10.54; p = .22$). As for coefficients of determination reported, 25 to 46% of the total variance was explained, and the inability to ask for help played a major role within predictive variables. Instead, the model for the NSSI Group achieved a poor

fit, including only emotional variables, as hypothesized. Results and further research lines are discussed.

Key words: Suicidal behavior; Non suicidal self-injury; Emotional abilities; Interpersonal abilities; Adolescents.

Introducción

En las últimas décadas se constata un aumento progresivo de la prevalencia de los comportamientos autodestructivos, sobre todo en población adolescente y en adultos jóvenes. La denominación comportamientos autodestructivos abarca las autolesiones no suicidas NSSI (por sus siglas en inglés, *non suicidal self-injury*), ideaciones suicidas, tentativas y suicidio. Organismos de salud nacionales e internacionales ubican el suicidio entre las primeras causas de mortalidad adolescente en el mundo (Ministerio de Salud de la Nación, 2015; OMS, 2016). Respecto de la prevalencia de riesgo, si bien no se cuenta con datos nacionales actualizados, investigaciones realizadas en 2007 y 2009 en Ciudad de Buenos Aires, Catamarca, Tucumán y Mar del Plata (Provincia de Buenos Aires) señalaron que entre el 6 y el 15% de los adolescentes escolarizados presentaban alto riesgo de desarrollar algún comportamiento suicida (Casullo & Fernández Liporace, 2007; Galarza, Martínez Festorazzi, Castañeiras & Posada, 2014). En lo que refiere a las NSSI, aunque en el país no se dispone de datos de prevalencia oficiales, se presume que la tendencia es similar a la de otros países en los que se estima que entre el 12 y el 31% de adolescentes de población general se involucran en autolesiones sin intencionalidad suicida, siendo las mujeres quienes presentan mayor probabilidad de incurrir en estos comportamientos (Bresin & Schoenleber, 2015; Hamza, Stewart & Willoughby, 2012; Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012; Swannell, Martin, Page, Hasking & St. John, 2014).

A nivel teórico-conceptual la suicidología contemporánea observa una falta de sis-

tematización en cuanto a los datos disponibles y a la producción de nuevos conocimientos (Barzilay & Apté, 2014; Ellis, 2008; Gvion & Apté, 2012). De este modo no se cuenta con un modelo dominante o una definición universal sobre qué se incluye bajo la denominación suicida: ideaciones suicidas, comportamientos suicidas, suicidalidad, intento de suicidio, comportamiento suicida no fatal, intencionalidad suicida, autoagresiones (*self-harm*), autolesiones no suicidas (NSSI), suicidio completo, etc. En términos generales los autores representativos conceptualizan el suicidio como un proceso multideterminado y de máxima complejidad, en el que interactúan variables cognitivas, emocionales y de personalidad, antecedentes e historia familiar, factores socioculturales, ambientales y biológicos (Nock, Borges, Cha, Kessler & Lee, 2008; O'Connor & Nock, 2014; Wasserman, 2001). Este proceso hace referencia a un espectro de suicidalidad en el que se van sucediendo fases o momentos con distinto nivel de gravedad, que implican estados emocionales, pensamientos y comportamientos diversos (O'Connor, 2011; Wasserman, 2001).

Particularmente las ideaciones suicidas y las autolesiones no suicidas son dos de los constructos que mayor debate generan en cuanto a su definición y categorización. Respecto del primero existen, básicamente, dos formas de conceptualizarlas: en sentido restrictivo y en sentido amplio. En cuanto a su sentido restrictivo algunos autores (APA, 2013; Crosby, Ortega & Melanson, 2011; Nock et al., 2008; O'Carroll et al., 1996) sostienen que el término debe aludir a pensamientos o planes específicos sobre quitarse la propia vida (p.e. "pienso en quitarme la vida como un modo de resolver mis problemas") y excluyendo de esta clase los pensamientos más generales sobre la muerte (p.e. "creo que la muerte es una solución a los problemas"). Otros definen las ideaciones suicidas en sentido amplio como procesos cognitivos y estados afectivos que implican falta de sentido vital, preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a

la autodestrucción, la muerte y la elaboración de planes concretos para quitarse la vida (e.g., Casullo, Bonaldi & Fernández Loporace, 2006; King & Kowalchuk, 1994; Martínez, 2007). Más allá del debate conceptual, la comunidad suicidológica acuerda en que la aparición de ideaciones suicidas suele proponerse como el acontecimiento que activa el proceso de suicidalidad y por eso es particularmente relevante como potencial predictor de una tentativa.

En el caso de las autolesiones no suicidas (NSSI) también se observa desacuerdo entre los autores. Este concepto surgió en los Estados Unidos en la década del '60 para describir un número creciente de personas que presentaban autolesiones asociadas con una manera de aliviar cierto malestar emocional. Desde ese momento la comunidad psicológica y psiquiátrica norteamericana sostuvo una clara separación entre las NSSI y el intento suicida. De hecho han sido incluidos en el DSM-5 como trastornos con entidad propia en el capítulo *Conditions for further study*, en el que se establece como aspecto distintivo la intencionalidad que subyace al acto de autolesionarse (APA, 2013; Crosby et al., 2011; Franklin & Nock, 2016). Es decir que, según esta perspectiva, las NSSI se definen como lesiones autoinfringidas en la superficie del cuerpo con el objetivo de aliviar sentimientos o pensamientos negativos, como una reacción a un problema interpersonal, o con el fin de lograr un estado afectivo positivo con el conocimiento de que de ninguna manera dichas lesiones causarán la muerte (Andover & Morris, 2014). El criterio diagnóstico principal es el empleo de la autolesión como mecanismo regulatorio de un estado emocional o cognitivo negativo sin intencionalidad suicida (Bresin & Schenleber, 2015; Franklin & Nock, 2016). Sin embargo, por otro lado, algunos investigadores afirman que esta distinción implica una falsa dicotomía al considerar el espectro suicida como un continuo en el que no puede establecerse una división taxativa en cuanto a la intencionalidad de quitarse la vida (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012; Kapur, Cooper, O'Connor & Hawton, 2013;

Orlando, Broman-Fulks, Whitlock, Curtin & Michael, 2015). Desde esta postura se considera que autolesión no suicida resulta una denominación restrictiva que puede llevar a confusiones o conclusiones peligrosas, dado el estrecho nexo existente entre las NSSI y el comportamiento suicida. Es decir que el mayor peligro reside en el error diagnóstico que podría cometerse al identificar una autolesión no suicida como una mera estrategia regulatoria de malestar emocional. Quienes defienden esta postura prefieren el término *self-harm* para aludir a cualquier comportamiento de autolesión o autoenvenenamiento, independientemente de los motivos que subyazcan al mismo. Claramente la discusión sobre la determinación de la intencionalidad suicida es por demás extensa y, por exceder los fines de este trabajo, se sugiere consultar Kapur et al. (2013).

Aquellos que abogan por la diferenciación nosológica afirman que las NSSI se distinguen claramente de los comportamientos suicidas no solamente en la intencionalidad, sino también en la frecuencia, la letalidad y la cronicidad (Andover, Morris, Wren & Bruzzese, 2012; Franklin & Nock, 2016). Los hallazgos de investigación indican que: a) el primer episodio de autolesiones suele ocurrir en la adolescencia temprana, con una media de edad menor a la del primer intento suicida (Muehlenkamp et al., 2012); b) la letalidad de cada incidente es baja y superficial en la mayoría de los casos; y c) tienen una frecuencia de ocurrencia mayor que los intentos suicidas: estudios en población general indican que mientras la mayoría de las personas reporta un solo intento de suicidio, los incidentes de NSSI varían entre dos y diez (Turner, Layden, Butler & Chapman, 2013). Butler y Malone (2013) aseveran que las NSSI no son un modo menos letal de intento suicida, sino que constituyen un mecanismo disfuncional para afrontar y regular estados emocionales negativos y abrumadores. No obstante, numerosos estudios señalan que la relación existente entre NSSI y comportamientos suicidas puede constituir el predictor más robusto de las tentativas de suicidio (Hamza

et al., 2012). Algunos datos disponibles sugieren que, más que la recurrencia de episodios de autolesión no suicida, serían la variedad y letalidad de los métodos empleados los predictores de una mayor probabilidad de riesgo de suicidio (Anestis, Khazem & Law, 2014). En este sentido, la teoría psicológica-interpersonal del suicido de Joiner (2005; IPTS, por sus siglas en inglés) (Van Orden et al., 2010) ofrece una explicación sobre el nexo entre NSSI y los comportamientos suicidas. Según Joiner, al autolesionarse el adolescente adquiriría paulatinamente una mayor capacidad para el suicidio (*acquired capability for suicide*), debido a una disminución del miedo a tal situación y a un incremento de la tolerancia al dolor físico. Este modelo postula que las ideaciones suicidas y el deseo de muerte se componen por dos estados psicológicos. Por un lado la percepción de ser una carga para los demás (*burdensomeness*), que incluye el odio a sí mismo y la sensación de ser una molestia y por otro, el sentimiento de no pertenecer (*thwarted belongingness*) que implica sentimientos de soledad y aislamiento social. Estos estados llevarían a creer que la propia muerte sería algo positivo para los demás. El autor afirma que ninguno de ellos resulta, por sí mismo, suficiente para activar el deseo de la propia muerte pero conjuntamente, dan lugar a un estado psíquico particular que facilita la activación de ideaciones suicidas y que, combinándose con la capacidad adquirida para el suicidio, puede resultar letal.

En este punto cabe preguntarse por los factores asociados a las ideaciones suicidas y a las autolesiones no suicidas. Si tal como sostiene la concepción estadounidense, representan *clusters* diferentes, debiera ser posible identificar factores diferenciales entre ellos, de manera que por ejemplo, fuera posible predecir en qué casos de NSSI los adolescentes tendrían mayor probabilidad de cometer un intento, y en qué casos no (Andover et al., 2012). Un estudio llevado a cabo por Taliaferro & Muehlenkamp (2015) mostró que la presencia de síntomas depresivos y trastornos

internalizantes diferenciaba entre un grupo de sujetos NSSI y otro con tentativa suicida. Sin embargo, los resultados de la revisión de Hamza et al. (2012) sugieren que se trataría de una diferencia cuantitativa más que cualitativa dado que los adolescentes con comportamientos suicidas informan síntomas psicopatológicos más severos, mayor depresión, más desesperanza y soledad, más conflictos familiares y menos razones para vivir, en comparación con los jóvenes que manifiestan únicamente incidentes de NSSI. Estos datos, de alguna manera, dan sustento a las dos posiciones: por una parte, para quienes distinguen dos entidades claras, la verificación de diferencias estadísticamente significativas supone evidencia suficiente. Por la otra, para aquellos autores que proponen un *continuum* en el comportamiento autodestructivo (*self-harm*), se trata de cuestiones de grado y no de diferencias cualitativas, por lo que no se justifica establecer las NSSI como una entidad discreta.

El trabajo que se presenta propone comparar adolescentes con ideaciones suicidas activas y adolescentes que refieren NSSI sin intencionalidad suicida autoinformada, en función de dos factores ampliamente asociados a los comportamientos autodestructivos: habilidades de inteligencia emocional y recursos interpersonales. La inteligencia emocional (IE) describe un conjunto de habilidades implicadas en el procesamiento emocional de la información (Salovey & Mayer 1990), dirigidas a percibir, identificar, expresar, comprender y regular las propias emociones y las de los otros (Salguero, Palomera & Fernández-Berrocal, 2012). Los hallazgos indican que en ambos casos -comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas- los adolescentes manifiestan dificultades importantes para expresar y manejar adecuadamente sus estados emocionales (e.g. Anestis, Bagg, Tull & Joiner, 2011; Bresin & Schoenleber, 2015; Cha & Nock, 2009; Gvion et al., 2014; Mikolajczak, Petrides & Hurry, 2009; Pisani et al. 2013).

Por otro lado, la consideración de los recursos interpersonales de que dispone o

puede generar el adolescente es de vital importancia para el afrontamiento de las tensiones entre las necesidades y demandas -externas e internas- que forman parte de su universo.

En sentido amplio, los recursos interpersonales se definen como el conjunto de capacidades y conductas para establecer y sostener vínculos recíprocos de contención y apoyo, y participar en situaciones de interacción social que comprometen aspectos tan sensibles en esta etapa vital como la construcción de la pertenencia a un grupo, las primeras relaciones románticas y la amistad con pares (Contini, 2008; Richaud de Minzi, 2004; Oros & Fontana Nalleso, 2015; Samper, Mestre & Malonda, 2015). Algunas variables que se incluyen en este grupo son asertividad, empatía, prosocialidad, capacidad para establecer y mantener vínculos, integración social y apoyo social percibido (Caballo, 2007). Diferentes estudios aportan resultados consistentes sobre la baja percepción de apoyo social, la presencia de sentimientos intensos de soledad y alienación, y las dificultades de comunicación en jóvenes que manifiestan comportamientos suicidas (Anestis et al., 2011; King & Merchant, 2008; Kleiman, Riskind & Schaefer, 2014; Kleiman, Riskind, Schaefer & Weingarden, 2012; McClain Jacobson, Hill, Pettit & Grozeva, 2015; Van Orden et al., 2010). Con respecto a la relación de los factores interpersonales con las NSSI, los datos disponibles son escasos e inconsistentes. En un estudio reciente (Kelada, Hassking & Melvin, 2016) se analizó el rol del funcionamiento familiar y la regulación emocional en relación con la presencia de NSSI en adolescentes. Los autores encontraron que la regulación emocional actúa como moderador de la relación entre funcionamiento familiar y NSSI. Fox et al. (2015) publicaron un meta-análisis sobre factores de riesgo para las NSSI en el que concluyen que son pocos los factores que se han identificado de manera robusta y entre otras cuestiones, sugieren la necesidad de examinar nuevas variables.

Especificamente, se plantean tres objetivos: (a) analizar la matriz correlacional para

cada grupo (Grupo IS ideaciones suicidas y Grupo NSSI autolesiones no suicidas); (b) establecer el efecto diferencial de las variables predictoras; y (c) establecer la capacidad predictiva de cada una de estas variables para cada grupo a partir de la elaboración de modelos de regresión logística. Se plantea como hipótesis de base que las dificultades en las habilidades emocionales actuarán como predictores para ambos grupos e indicarán diferencias de grado entre ambos, es decir que los jóvenes con NSSI presentarán menos dificultades en este aspecto que el grupo con ideaciones suicidas, mientras que las dificultades en habilidades interpersonales aparecerán como factores predictores solamente para el grupo que presenta ideaciones suicidas. Es decir, se sostiene que serán los factores interpersonales los que permitirán discriminar entre ambos grupos.

Método

El tipo de estudio realizado fue no experimental, predictivo *ex post facto*, transversal, de grupos contrastados (Montero & León, 2007).

Participantes

Se estudiaron 142 adolescentes que fueron diferenciados en dos grupos: uno Ideaciones Suicidas (IS) compuesto por 61 casos (82% mujeres, $M_{edad} = 16.16$; $DS = 1.11$) que cumplieran al menos con uno de los siguientes cuatro criterios para riesgo alto con ideaciones suicidas activas: (a) puntuación total en el ISO-30 ≥ 45 ; (b) puntuación en el ítem 30 del ISO-30 (“Si mis problemas empeoraran, me mataría”) ≥ 2 ; (c) puntaje ≥ 1 en ítem 30 y puntuación total ISO-30 ≥ 37 (P 84) y (d) haber informado explícitamente en el registro de datos ideación y/o intento suicida.

El otro grupo (NSSI) quedó conformado por 81 casos (71.6% mujeres, $M_{edad} = 16.35$; $DS = 1.13$) en función de los siguientes criterios: (a) haber reportado pen-

samiento y/o concreción de autolesiones; (b) no cumplir con ninguno de los cuatro criterios para el grupo con ideaciones suicidas.

Los casos incluidos en este estudio fueron seleccionados de una muestra no probabilística, incidental, de 510 adolescentes escolarizados (61.3% mujeres; 30.2% de instituciones de gestión pública; 69.8% de instituciones de gestión privada) de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, con edades comprendidas entre 15 y 19 años ($M=16.44$; $DS=1.13$) que cursaban los tres últimos años de educación media.

Para el presente estudio se utilizaron los datos de las medidas de riesgo suicida ISO-30 y de inteligencia emocional TMMS-24.

Instrumentos

Se elaboró un protocolo de evaluación que incluyó un registro de datos básicos para indagar información sociodemográfica familiar, situaciones vitales e involucamientos en comportamientos autodestructivos, y tres escalas de autoinforme:

- Inventario de Orientaciones Suicidas ISO – 30 (King & Kowalchuk, 1994; adaptación Fernández Liporace & Casullo, 2006). Indaga la presencia de factores de riesgo vinculados a ideaciones y comportamientos suicidas a través de 30 ítems agrupados en 5 dimensiones: Desesperanza, Baja Autoestima, Incapacidad para Afrontar Problemas Emocionales, Soledad y Aislamiento Social, e Ideaciones Suicidas (subescala de ítems críticos). La escala *Likert* empleada admite 4 opciones de respuesta en función del grado de acuerdo con cada afirmación. Se toma el puntaje de corte de la versión original, según el cual un puntaje total ≤ 45 o al menos tres ítems críticos respondidos con puntuaciones ≥ 2 indican la presencia de alto riesgo suicida. Esta medida resultó altamente consistente para la muestra bajo estudio ($\alpha = .85$). Cuenta con evidencias de validez factorial que permitieron aislar las dimensiones aquí mencionadas en población local (Fernández Liporace & Casullo, 2006).

- Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos, 2004). Evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales a partir de 3 dimensiones compuestas por 8 ítems cada una: Atención Emocional, Claridad de Sentimientos y Reparación Emocional. Incluye una escala de respuesta *Likert* de 5 alternativas ordenadas según el grado de acuerdo con cada afirmación. Puntajes altos en Claridad y Reparación, y moderados en Atención indican mayores habilidades emocionales autoinformadas. Las tres escalas obtuvieron elevados índices de consistencia interna en la muestra aquí analizada (valores de α de Cronbach entre .84 y .86). Cuenta con estudios en población adolescente argentina que sustentan la estructura trifactorial propuesta por los autores de la versión original y la adecuada capacidad de discriminación y homogeneidad de los reactivos (Calero, 2013).

- Escalas de Recursos Psicológicos en Adolescentes ERPA-50 (Rivera Heredia, Andrade Palos & Figueroa, 2006). Consta de 50 ítems que evalúan recursos psicológicos en 5 dimensiones: Recursos Cognitivos (3 escalas), Recursos Afectivos (4 escalas), Recursos Sociales (2 escalas), Recursos Instrumentales (1 escala) y Recursos Materiales (1 escala). Para este estudio se utilizaron las escalas de Recursos Sociales (Red de Apoyo e Incapacidad para Pedir Ayuda) y de Recursos Instrumentales (refiere a habilidades interpersonales y de comunicación). Presenta un formato de respuesta *Likert* con 4 opciones ordenadas en términos de frecuencia. A mayor puntaje, mayor cantidad de recursos autoinformados. Los índices de consistencia interna para la muestra bajo estudio resultaron aceptables (α entre .69 y .71). Las escalas cuentan con evidencias de validez de constructo analizadas mediante análisis factorial (Rivera Heredia et al., 2006).

Procedimiento

La aplicación del protocolo de evaluación se realizó en los tres últimos años de educación media de siete instituciones edu-

cativas laicas y se organizó en un único encuentro de aproximadamente una hora de administración colectiva para cada curso. En todos los casos la participación fue voluntaria, sin retribución económica y bajo consentimiento informado, tanto de los adolescentes como de sus padres o tutores, en los casos que correspondiera. En todas las etapas del proceso de investigación se siguieron las recomendaciones para la investigación con seres humanos establecidas en la Declaración de Helsinki (WMA, 2014), los Códigos de Ética de la APA (2010) y de Fe.P.R.A (2013). Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados en función de la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales.

Para la gestión y realización de la investigación se contó con el aval y financiamiento de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Análisis de los datos.

Para la construcción de los modelos predictivos se siguieron las recomendaciones de Silva Ayçaguer (1995). Considerando la composición muestral descripta en el apartado correspondiente, la variable criterio en el grupo IS fue la presencia de ideaciones y/o intento de suicidio, mientras que en el grupo NSSI el criterio a predecir fue la presencia de autolesiones sin intencionalidad suicidas. Las seis variables predictoras seleccionadas (Atención Emocional, Claridad de Sentimientos, Reparación Emocional, Incapacidad para Pedir Ayuda, Red de Apoyo y Recursos Instrumentales) fueron las mismas para ambos grupos. Primero se calculó la matriz de correlaciones para las seis variables predictoras (ver Tabla 1) y se realizó una prueba *t* de Student para analizar las varianzas de dichas variables en cada muestra (ver Tabla 2). Luego, para cada grupo, se elaboraron los modelos de regresión logística binaria con el método Wald de pasos sucesivos hacia adelante, utilizando el software EpiDat 4.1 (ver Tabla 3). En el primer paso, para ambos grupos (IS y NSSI) se elaboraron seis modelos, uno por cada variable

predictora (por ejemplo, IS x Incapacidad para Pedir Ayuda; IS x Claridad, etc.) con el fin de determinar el orden de inclusión al modelo en función del valor de *R* como criterio de decisión. Para el grupo IS, resultó Incapacidad para Pedir Ayuda la primera variable a incluir, mientras que para el grupo NSSI fue Reparación Emocional. En el segundo paso se evaluaron las combinaciones correspondientes a los cinco pares resultantes (por ejemplo, IS x Incapacidad para Pedir Ayuda + Reparación). Se analizaron los valores de verosimilitud final (Vf) en cada modelo para identificar el valor más bajo (*R* > 3.84) y determinar la segunda variable a incluir en el modelo. En este paso se seleccionaron las variables Reparación Emocional para el grupo IS y Atención Emocional para el grupo NSSI. En el paso tres se pusieron a prueba las combinaciones por tríos de variables predictoras (por ejemplo, IS x Incapacidad para Pedir Ayuda + Reparación + Atención) y nuevamente se analizaron los valores Vf y *R* > 3.84. Este procedimiento continuó sucesivamente hasta determinar los modelos más adecuados para cada grupo.

Resultados

Se analizaron las correlaciones entre las variables predictoras (ver Tabla 1). Como se puede observar las asociaciones de mayor magnitud se obtuvieron entre IS, Reparación Emocional e Incapacidad para Pedir Ayuda. La variable Atención Emocional prácticamente no mostró asociaciones significativas y, en los casos en que se presentaron, su magnitud fue débil. Respecto de las relaciones con NSSI, solamente se hallaron correlaciones significativas con las variables de habilidades emocionales. A pesar de que la magnitud y el nivel de significación de estas asociaciones fueron bajos, la ausencia total de correlaciones con las variables de habilidades interpersonales reafuerza la hipótesis propuesta que reza que los recursos interpersonales serán factores predictores solamente para el grupo que presenta ideaciones suicidas.

Se realizó, además, una prueba de diferencia de medias (prueba *t* de Student), para analizar las varianzas de las variables predictoras en cada grupo e identificar la presencia de diferencias significativas (ver Tabla 2). En todas las dimensiones con diferencia significativa el grupo IS informó más déficits en variables emocionales e interpersonales que el grupo NSSI.

Consistente con la hipótesis planteada en este estudio, los modelos de regresión obtenidos para cada grupo fueron diferentes (ver Tabla 3). El modelo del grupo IS quedó constituido por cuatro variables: Incapacidad para Pedir Ayuda, Reparación, Atención y Claridad. El ajuste general del modelo resultó adecuado ($\chi^2=10.54$; $p=.22$) y los coeficientes de determinación revelan que la capacidad explicativa que da cuenta de entre un 25 y 46% de la varianza total es entre moderada y elevada. La variable de mayor peso en el modelo fue la Incapacidad para Pedir Ayuda. Las variables Recursos Instrumentales y Red de Apoyo fueron descartadas ya que, contrariamente a lo previsto, no constituyeron un aporte significativo. La curva ROC (ver Figura 1) muestra que la capacidad de clasificación del modelo es de 88%.

En cuanto al grupo NSSI, como se puede observar en la tabla 3, el modelo no ofrece valores aceptables. A pesar de mostrar cierto ajuste ($\chi^2=3.28$; $p=.91$), los coeficientes de determinación y la capacidad de clasificación del modelo (Figura 2) son demasiado bajos. De todos modos es interesante notar que, a diferencia del grupo IS, la variable de mayor peso es la Reparación Emocional y ninguna de las medidas de recursos interpersonales implicó un aporte significativo.

Discusión

El trabajo que se presenta propuso comparar adolescentes con ideaciones suicidas activas y adolescentes que refieren autolesiones sin intencionalidad suicida, en función de dos factores: habilidades emocionales y recursos interpersonales. Para ello se

analizaron las correlaciones entre las variables criterio (la presencia de ideaciones suicidas y autolesiones) y las variables predictoras (las habilidades emocionales e interpersonales bajo estudio) y se elaboraron modelos predictivos para cada grupo. Los resultados obtenidos verifican parcialmente la hipótesis planteada. La Capacidad para Pedir Ayuda y las habilidades de inteligencia emocional, tal como fueron medidas en este estudio, pueden ser potencialmente variables predictoras de los comportamientos suicidas. El modelo alcanzó una eficiencia predictiva general adecuada, al predecir con un 88% de probabilidad que un adolescente que presente dificultades de regulación emocional, preste excesiva atención a sus sentimientos, tenga poca claridad de sus estados emocionales y, sobre todo, experimente incapacidad para solicitar ayuda a otros cuando lo necesita, se involucre en un comportamiento suicida. Esto se corresponde con los desarrollos teóricos y la evidencia empírica existente, básicamente en lo que refiere a la asociación con habilidades de regulación emocional (e.g., Anestis et al., 2011; Cha & Nock, 2009; Kleiman et al., 2012; Kleiman et al., 2014; Pisani et al., 2012; Pisani et al., 2013; Rivera-Heredia, Martínez-Servín & Obregón-Velasco, 2013).

El factor predictor clave que diferenció con claridad ambos grupos (IS-NSSI) fue la Incapacidad para Pedir Ayuda. Se registra en la literatura que solamente un pequeño porcentaje de los jóvenes con ideaciones y/o tentativa de suicidio busca la ayuda de familiares adultos, del grupo de pares o de profesionales (Pisani et al., 2012). La búsqueda de ayuda está fuertemente asociada en los adolescentes con su capacidad para percibir que cuentan con adultos disponibles y activos con los que sea factible vincularse. Suele relacionarse también con las estrategias de afrontamiento centradas en los demás y la resolución social de problemas (Pisani et al., 2012; Samper et al., 2015). Esto resulta compatible con la conceptualización del suicidio como un modo de resolución de problemas ineficaz y disfuncional (Ellis, 2008) y pone de relieve que los adolescen-

tes con este tipo de comportamientos se caracterizan por una marcada dificultad para percibir apoyo de los demás y, por ende, para buscar ayuda. En términos de la teoría psicológica interpersonal de Joiner (2005) esta característica probablemente descansa en la creencia de ser una carga para los demás [*burdensomeness*] y la sensación de no pertenecer [*thwarted belongingness*], de sentirse solo y alienado socialmente. Es decir, estos adolescentes tienden a sentir que no cuentan con otros a quienes acudir y en quienes confiar, temen ser estigmatizados o, al menos, incomprendidos, sumando a ello la creencia de no poder ser ayudados, de que su dolor psíquico es interminable, intolerable e incontrolable (Shneidman, 2001).

Se puede decir entonces que las habilidades de regulación emocional constituyen un factor clave para la comprensión y explicación de los comportamientos autodestructivos en general por la función protectora y promotora de salud que ejercen, y por la posibilidad de actuar como un factor de riesgo cuando hay déficit. A la evidencia aportada por los estudios empíricos referenciados, se suma un importante volumen de datos proveniente del ámbito clínico y de estudios aleatorios controlados (RCT), especialmente en el marco de la terapia dialéctico-comportamental –DBT– que han mostrado la eficacia de las intervenciones dirigidas al entrenamiento en habilidades de regulación emocional y tolerancia al malestar en pacientes con autolesiones e intentos de suicidio (e.g., Grutz & Gunderson, 2006; Linehan, 1993; Stanley et al., 2009).

En línea con las hipótesis que guiaron esta investigación, solamente las habilidades de inteligencia emocional resultaron posibles predictores de las autolesiones sin intencionalidad suicida. Estos datos sustentarían la teorización de que las NSSI actuarían principalmente como un mecanismo disfuncional para regular estados emocionales –o cognitivos– negativos, como miedo, tristeza e ira, o para generar estados afectivos deseables. Si bien se han propuesto otras funciones de las NSSI, como las denominadas funciones interpersonales (Tur-

ner, Chapman & Layden, 2012), la evidencia sobre la función regulatoria de las emociones es abundante (Andover & Morris, 2014; Calejo Jorge, Queirós & Saraiva, 2015; Franklin & Nock, 2016; García-Nieto, Carballo, Díaz de Neira Hernando, de León-Martínez & Baca-García, 2015; Klonsky, Glenn, Styer, Olino & Washburn, 2015; McClain et al., 2015; Mikolajczak et al., 2009). De acuerdo con Turner et al. (2012) las personas que se involucran en NSSI suelen experimentar elevada afectividad negativa y tendencia a suprimir la expresión de los sentimientos y/o pensamientos desagradables, lo que redunda en un aumento del malestar emocional. Esta vivencia, sumada a un déficit en la expresión y regulación, provocaría en la persona la activación de un ciclo que, ante el fracaso de un afrontamiento adecuado para aliviar la experiencia emocional desagradable, aumenta la probabilidad de recurrir a NSSI. Además de la habilidad para regular las emociones, el excesivo foco atencional sobre los propios estados y la falta de claridad emocional también aparecen como factores predictores.

Si bien ninguna de las variables interpersonales resultó un predictor significativo en el modelo de regresión construido para las NSSI, se concuerda con lo planteado por McKenzie y Gross (2014) sobre la necesidad de no etiquetar estos comportamientos exclusivamente como un mecanismo regulatorio general y entenderlos en cada caso y contexto particulares como una función específica que adquiere un sentido particular para cada adolescente.

En principio, es llamativo que el apoyo social no haya emergido como un factor predictor en este estudio. De acuerdo con los hallazgos de investigación en el tema, el apoyo social percibido es uno de los factores protectores más importantes (e.g., King & Merchant, 2008; Kleiman et al., 2012; Kleiman et al., 2014). Este resultado puede deberse a razones metodológicas y conceptuales. En el primer caso es probable que la ausencia de capacidad predictiva pueda atribuirse al modo en el cual está operacionalizada la variable medida. La investigación

con adolescentes requiere indagar las características de la relación con los otros significativos de manera diferencial (padre, madre, compañeros, amigos), y no solo a través de ítems generales como los que se utilizaron para evaluar recursos interpersonales en esta investigación. De hecho, el estudio de Rivera-Heredia et al. (2013) utilizó el mismo instrumento con resultados similares. En lo que respecta a las razones teóricas, la revisión de King y Merchant (2008) muestra que, si bien es un factor que aparece fuertemente asociado, la evidencia es inconsistente con respecto a su capacidad predictiva. La mayoría de los estudios revisados por los autores aporta datos que indican que el apoyo percibido de parte de la familia es un factor predictor, mientras que el apoyo proveniente de otras fuentes, como los pares, muestra correlación pero no poder de predicción. Es probable que esta inconsistencia se deba, en parte, a la ausencia de una definición y modelo teórico unívocos del constructo, lo que deriva necesariamente en instrumentos de medición que lo operacionalizan de diferente manera. Esto mismo sucede en el campo de la suicidología y la psicología clínica con los conceptos de ideaciones suicidas, intento suicida y autolesiones no suicidas.

El estudio realizado constituye un aporte para el debate vigente acerca de la naturaleza de los comportamientos suicidas y las autolesiones no suicidas respecto de si se trata de entidades discretas o dimensiones de un mismo espectro. Los resultados obtenidos indican aquí diferencias de grado. Los jóvenes con comportamientos suicidas informaron menos claridad de sus estados emocionales, menos capacidad percibida para regularlos de manera adecuada, más dificultades en la utilización de recursos para la interacción social y para solicitar ayuda, y percepción de escasa red de apoyo. Sin embargo, también se podría argumentar que los datos hallados respecto a la capacidad predictora del factor Incapacidad para Pedir Ayuda indicarían la potencial existencia de factores asociados diferenciales para cada tipo de comportamiento –comportamiento suicida

y autolesión no suicida–, tal como sostiene la APA (2013). Asimismo resulta interesante haber contemplado factores emocionales e interpersonales, ya que, como expusieron Andover et al. (2012) en su revisión, la mayoría de los estudios comparados realizados hasta el momento han considerado factores patológicos como cuadros psicopatológicos, historial de abuso sexual, síntomas de depresión, etc.

Por último, el modelo propuesto con mejor ajuste sugiere que la presencia conjunta de déficits en la regulación emocional y dificultades para pedir ayuda -que, en general, en el adolescente se acompañan de una percepción negativa de red social, de sentimientos de soledad, alienación y de ser una carga para los demás- aumenta considerablemente la ocurrencia de un comportamiento suicida. Los resultados son particularmente interesantes en dos niveles: en lo teórico-clínico al aportar evidencia sobre los aspectos diferenciales de los comportamientos de riesgo, su conceptualización psicopatológica y su caracterización clínica; y en lo aplicado, por su capacidad de transferencia a contextos de referencia y pertenencia de los adolescentes (familia, escuela entre otros), a través de la planificación e implementación de intervenciones preventivas que incluyan el trabajo colaborativo con otros significativos.

Dada la complejidad del espectro suicida resulta necesario considerar múltiples factores –situacionales y orgánicos- para su comprensión y posibilidad de predicción. En este sentido, se señalan algunas limitaciones y futuras líneas de investigación. En primer lugar sería conveniente utilizar modelos de evaluación complementarios a las pruebas psicométricas, como entrevistas diagnósticas a partir de las cuales poder seleccionar a los participantes para la composición de las muestras comparadas clínicas, subclínicas y no clínicas. En segundo lugar sería importante incluir una muestra más amplia y diversificada en cuanto a variables sociodemográficas y clínicas para avanzar en la identificación de condiciones que pudieran estar asociadas a la mayor o menor pro-

pensión a conductas de riesgo y suicidalidad, como género, edad, pertenencia socioeconómica, factores cognitivos (por ejemplo, estrategias de afrontamiento; sesgos cognitivos), y variables de personalidad. Asimismo la evaluación de la variable red de apoyo debería poder medirse con un instrumento más específico que contemple las fuentes de apoyo y no solo como una medida general. También sería interesante analizar específicamente la capacidad predictiva de los com-

ponentes de la regulación emocional y las diferentes estrategias regulatorias en estos comportamientos. Hallar evidencia empírica que ayude a clarificar el nexo entre los comportamientos suicidas y las autolesiones no suicidas es fundamental para lograr mayor comprensión de estos fenómenos y mejorar la precisión en las intervenciones a nivel preventivo y de tratamiento. Este estudio empírico se ha propuesto como un paso inicial en esa dirección.

Tabla 1

Matriz de correlaciones entre las escalas de las medidas TMMS y ERPA

	1	2	3	4	5	6	7	8
Variables criterio								
Comportamientos autodestructivos								
1. IS	-							
2. NSSI		-.18**	-					
<i>Factores predictores</i>								
3. Atención		.15**	.11*	-				
4. Claridad		-.21**	n.s.	.23**	-			
5. Reparación		-.36**	-.11*	n.s.	.38**	-		
6. Incap. Pedir Ayuda		.43**	n.s.	n.s.	-.25**	-.25**	-	
7. R. Instrumentales		-.26**	n.s.	n.s.	.34**	.36**	-.34**	-
8. Red de Apoyo		-.21**	n.s.	.15**	.14**	.13**	-.45**	.35**
Media (ds)		-	-	24.09	24.67	27.49	3.51	3.46
Rango		0-1	0-1	8-40	8-40	8-40	1-4	1-4

Nota:

Se destacan las asociaciones superiores a $r < .30$

TMMS: Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales

ERPA: Escalas de Recursos Psicológicos en Adolescentes

IS: Ideaciones suicidas

NSSI: Autolesiones no suicidas

n.s.: no significativo

* $p < .05$

** $p < .01$

Tabla 2

Diferencia de medias en las variables predictoras para los grupos IS y NSSI

Variables		M (SD)	t
AT		NSSI = 25.80 (6.68)	
		IS = 26.79 (7.87)	n.s.
TMMS-24	CLA	NSSI = 24.43 (6.11)	
		IS = 21 (7.66)	2.96**
REP	INC	NSSI = 25.81 (6.77)	
		IS = 21.44 (6.15)	3.95***
ERPA	RAP	NSSI = 2.02 (.63)	
		IS = 6.61 (.71)	-5.15***
RIN		NSSI = 3.44 (.62)	
		IS = 3.13 (.73)	2.70**
		NSSI = 3.47 (.41)	
		IS = 3.21 (.55)	2.96**

Nota:

NSSI: Grupo con Autolesiones no suicidas (n = 81)

IS: Grupo con Ideaciones suicidas (n = 61)

TMMS: Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales

AT: Atención

CLA: Claridad

REP: Reparación

ERPA: Inventario Escalas de Recursos Psicológicos en Adolescentes

INC: Incapacidad para Pedir Ayuda

RAP: Red de Apoyo

RIN: Recursos Instrumentales

Tabla 3
Modelos finales de regresión logística para IS y NSSI

Variables	B	EE	R ²	Wald	Valor p
Grupo IS					
Modelo final			Coef. de determinación = .37 Cox y Snell = .25 Nagelkerke = .46		
Constante	-3.09	1.82		-1.64	.10
Incap. pedir ayuda	1.71	.31		5.54	.00
Reparación	-.13	.03		-4.31	.00
Atención	.09	.02		3.54	.00
Claridad	-.06	.03		-2.16	.03
R. Instrumentales	.09	.44		.22	.82
Red de apoyo	-.10	.28		-.35	.72
Prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow χ^2 10.54; gl = 8; p = .22 Área debajo de la curva ROC = .88; EE = .02; IC _{95%} = .83 - .94					
Grupo NSSI					
Modelo final			Coef. de determinación = .03 Cox y Snell = .03 Nagelkerke = .05		
Constante	-2.67	1.48		-1.80	.07
Reparación	-.04	.02		-2.08	.03
Atención	.04	.01		2.25	.02
Incap. pedir ayuda	.28	.21		1.29	.19
R. Instrumentales	.13	.33		.38	.70
Red de apoyo	.07	.24		.32	.74
Prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow χ^2 3.28; gl = 8; p = .91 Área debajo de la curva ROC = .64; EE = .03; IC _{95%} = .56 - .70					

Nota:

Solamente se muestran los resultados del modelo final para cada grupo

IS: Ideaciones suicidas

NSSI: Autolesiones no suicidas

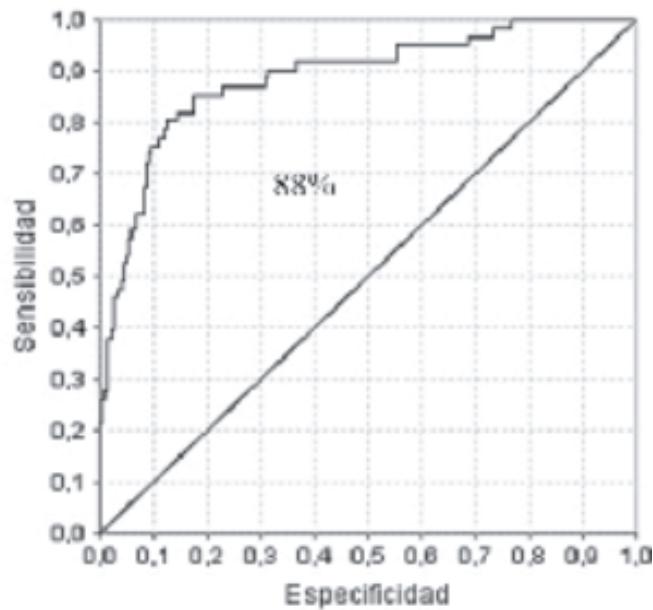


Figura 1. Curva ROC modelo de regresión IS

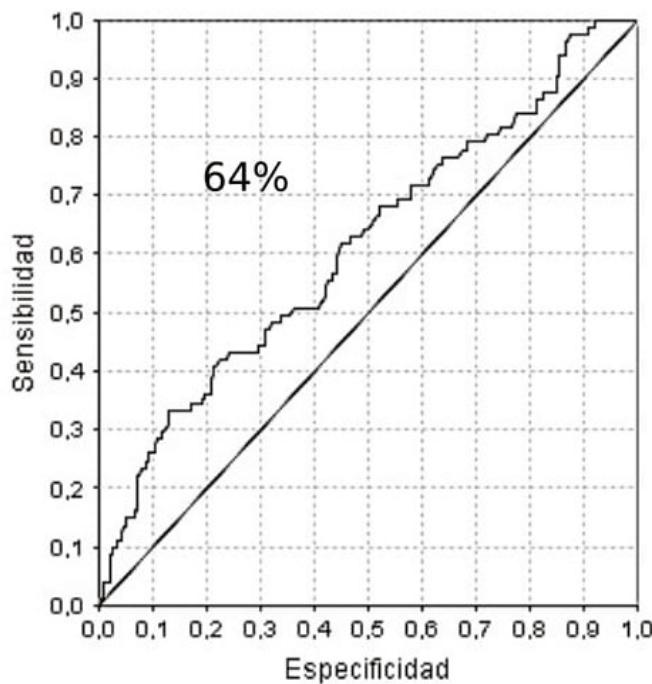


Figura 2. Curva ROC modelo de regresión NSSI

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Recuperado el 4 de abril de 2011 de <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition – DSM V. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Andover, M.S., & Morris, B.W. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 569–575. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013>.
- Andover, M.S., Morris, B.W., Wren, A., & Bruzzese, M.E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(11), 0-0. <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>.
- Anestis, M.D., Bagg, C.L., Tull M.T., & Joiner, T.E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 603-611. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013>.
- Anestis, M.D., Khazem, L.R., & Law, K.C. (2014). How many times and how many ways: The impact of number of nonsuicidal self-injury methods on the relationship between nonsuicidal self-injury frequency and suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 164–177. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12120>
- Asociación Médica Mundial (WMA). (2014). Declaración de Helsinki. Recuperado el 7 de octubre de 2015 de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Barzilay, S., & Apté, A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 295-312. <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2013.824825>
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Butler, A.M., & Malone, K. (2013). Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: Behaviour, syndrome or diagnosis? *The British Journal of Psychiatry*, 202, 324–325. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113506>
- Caballo, V.E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Calejo Jorge, J., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 33(2). <http://dx.doi.org/10.14417/ap.991>
- Calero, A. (2013). Versión Argentina del TMMS para adolescentes: Una medida de la inteligencia emocional percibida. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 7(1). <http://dx.doi.org/10.7714/cnps/7.1.206>
- Casullo, M.M., Bonaldi, P., & Fernández Liporace, M. (2006). *Comportamientos suicidas en la adolescencia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Casullo, M.M. & Fernández Liporace, M. (2007). Investigación sobre riesgo suicida en adolescentes. Prácticas psicológicas en la escuela. *Investigaciones en Psicología*, 2(2), 33-41.
- Cha, C., & Nock, M.K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 422-430. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f44>

- Contini, N. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana. Perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate*, 9, 45-63.
- Crosby, A.E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0*. Atlanta (GA), USA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Ellis, T.E. (2008). *Cognición y Suicidio. Teoría, investigación y terapia*. México: Manual Moderno.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética de la Fe.P.R.A.* Recuperado el 17 de marzo de 2015 de http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf
- Fernández Liporace, M., & Casullo, M.M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica*, 1(21), 9-22.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>.
- Fox, K.R., Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Kleiman, E.M., Bentley, K.H., & Nock, M.K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156-167. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>.
- Franklin, J.C. & Nock, M.K. (2016). Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior. En P.M. Kleespies (Ed.) *The Oxford Handbook of Behavioral Emergencies and Crises* (pp. 401-416). London: Oxford University Press.
- Galarza, A.L., Martínez Festorazzi, V.S., Castañoeras, C.E. & Posada, M.C. (2014). Riesgo suicida y resiliencia en un estudio con adolescentes argentinos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60(2), 98-107.
- García-Nieto, R., Carballo, J.J., Díaz de Neira Hernando, M., de León-Martínez, V., & Baca-García, E. (2015). Clinical Correlates of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in an Outpatient Sample of Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 19(2), 218-230. <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2014.957447>
- Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and suicidal behavior. *Public Health Reviews*, 34(2).
- Gvion, Y., Horresh, N., Levi-Belz, Y., Fischel T., Treves, I., Weiser, M., Davidg, H.S., Stein-Reizer, O. & Apter, A. (2014). Aggression-impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 40-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.09.003>.
- Hamza, C.A., Stewart, S.L. & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-495. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Hawton, K., Saunders, K. & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373-2382.
- Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202, 326-328. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>
- Kelada, L., Hasking, P. & Melvin, G. (2016). Adolescent NSSI and Recovery: The Role of Family Functioning and Emotion Regulation. *Youth & Society*, 1-22. <http://dx.doi.org/10.1177/0044118X16653153>

- King, C.A. & Merchant, C.R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 181-196. <http://dx.doi.org/10.1080.1381110802101203>.
- King, J.D., & Kowalchuk, B. (1994). *ISO-30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation – 30*. Minneapolis, EEUU: National Computer Systems.
- Kleiman, E.M., Riskind, J.H. & Schaefer, K.E. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 144-155. <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2013.826155>
- Kleiman, E.M., Riskind, J.H., Schaefer, K.E. & Weingarden, H. (2012). The Moderating Role of Social Support on the Relationship Between Impulsivity and Suicide Risk. *Crisis*, 33, 273-279. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000136>.
- Klonsky, E.D., Glenn, C.R., Styer, D.M., Olino, T.M. & Washburn, J.J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(44), 0-0. <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-015-0073>
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- McClain Jacobson, C., Hill, R., Pettit, J. & Grozeva, D. (2015). The Association of Interpersonal and Intrapersonal Emotional Experiences with Non-Suicidal Self-Injury in Young Adults. *Archives of Suicide Research*, 19(4), 401-413. <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2015.1004492>.
- McKenzie, K.C. & Gross, J.J. (2014). Nonsuicidal self-injury: An emotion regulation perspective. *Psychopathology*, 47(4), 207-19. <http://dx.doi.org/10.1159/000358097>.
- Mikolajczak, M., Petrides, K.V. & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 181-193. <http://dx.doi.org/10.1348/014466508X386027>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *Estadísticas vitales. Información básica año 2014 (ISSN 1668-9054. Serie 5-Nº 58)*. Recuperado el 8 septiembre de 2016 de <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro58.pdf>
- Montero, E., & León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P.L. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(10), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Nock, M.K., Borges, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Review*, 30, 133-154. <http://dx.doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B. & Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252.
- O'Connor, R.C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Crisis*, 32(6), 295-298. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>.
- O'Connor, R. C., & Nock, (2014). The psychology of suicide behavior. *Lancet Psychiatry*, 1, 73-85. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6).
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Public health action for the prevention of suicide*. Recuperado el 16 de septiembre de

- 2016 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
- Orlando, C.M., Broman-Fulks, J.J., Whitlock, J.L., Curtin, S. & Michael, K.D. (2015). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Self-Injury: A Taxometric Investigation. *Behavior Therapy*, 46, 824–833. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2015.01.002>.
- Oros, L.B., & Fontana Nalleso, A.C. (2015). Niños socialmente hábiles: ¿Cuánto influyen la empatía y las emociones positivas? *Interdisciplinaria*, 32(1), 109-125. <https://doi.org/10.16888/interd.2015.32.1.6>
- Pisani, A., Schmeelk-Cone, K., Gunzler, D., Petrova, M., Goldston, D.B., Tu, X. & Wyman, P. (2012). Associations Between Suicidal High School Students' Help-Seeking and Their Attitudes and Perceptions of Social Environment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 1312-1324. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9766-7>.
- Pisani, A., Wyman, P., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D., Xia, Y., & Gould, M.S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(6), 807-820.
- Richaud de Minzi, C. (2004). Development of coping resources in childhood and adolescence. *Interdisciplinaria, Número Especial*, 63-74.
- Rivera Heredia, M., Andrade Palos, P. & Figueroa, A. (2006). Evaluación de los recursos de los adolescentes: validación psicométrica de cinco escalas. *La Psicología Social en México*, 11, 414-420.
- Rivera-Heredia, M., Martínez-Servín, L.G., & Obregón-Velasco, N. (2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud Mental*, 36, 115-122.
- Salguero, J.M., Palomera, R., & Fernández-Berrocal, P. (2012). Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: A 1-year prospective study. *European Journal of Psychology of Education*, 27, 21–34. <http://dx.doi.org/10.1007/s10212-011-0063-8>.
- Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Samper, P., Mestre, V. & Malonda, E. (2015). Evaluación del rol de variables intelectuales y socioemocionales en la resolución de problemas en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 14(1), 287-298. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.ervi>.
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B.D. & Hughes, J. (2009). Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility and Acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005–1013. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>.
- Shneidman, E.S. (2001). *Comprehending suicide: Landmarks in 20th century suicidology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Swannell, S.V., Martin, G.E., Page, A., Hasking, P. & St John, N. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12070>.
- Silva Ayçaguer, L.C. (1995). *Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Taliaferro, L.A. & Muhlenkamp, J.J. (2015). Risk factors for self-injurious behavior. *Journal of American College Health*, 63(1), 40-48. <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2014.953166>.

- Turner, B.J., Chapman, A.L. & Layden, B.K. (2012). Intrapersonal and Interpersonal Functions of Non suicidal Self-Injury: Associations with Emotional and Social Functioning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 36-55. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00069.x>.
- Turner, B.J., Layden, B.K., Butler, S.M., & Chapman, A.L. (2013). How Often, or How Many Ways: Clarifying the Relationship Between Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality, *Archives of Suicide Research*, 17(4), 397-415, <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>.
- Van Orden, A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S., Selby, E.A., & Joiner Jr., T.E. (2011). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018697>.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide – an unnecessary death*. London: Dunitz.

Recibido: 28 de octubre de 2016

Aceptado: 14 de marzo de 2018