

Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica

Alejandro SIMÓN CABODEVILLA

Departamento de Asuntos Sociales.

Gobierno de Navarra

Francisco SANCHÍS CORDELLAT

Universidad Pompeu Fabra. Barcelona

Resumen

La ideación suicida es una variable que puede determinar niveles clínicos patológicos, en referencia a los pensamientos y deseos más profundos del adolescente sobre la propia muerte. El objetivo de esta investigación fue analizar las posibles correlaciones existentes entre la ideación suicida y el perfil personal en una muestra de adolescentes de la Comunidad de Navarra. Participaron un total de 1194 adolescentes con edades entre 14 y 18 años. Se utilizaron los siguientes instrumentos de medida: el *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ): Professional Manual* de W. M. Reynolds y el *Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI)* de T. Millon. Los resultados muestran los rasgos personales más significativos de los adolescentes con ideación suicida patológica, a partir de los 65 casos encontrados que presentan índices significativos de ideación suicida. Este hallazgo nos permite determinar niveles clínicos patológicos y trazar un posible perfil personal.

Palabras clave: adolescencia, ideación suicida, perfil personal.

Abstract

Suicidal ideation is a variable that might determine clinical and pathological levels of one's own death, specially in regards to the thoughts and deeply rooted desires of an adolescent. The aim of this investigation was to analyze the possibly existing correlations between suicidal ideation and the subject's personal profile in a sample of teenagers from the Autonomous Community of Navarra. The sample comprised 1194 adolescents aged 14 to 18. The following data collection procedures were used: W. M. Reynolds' *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ): Professional Manual* and T. Millon's *Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI)*. Starting from the 65 cases that

were found, results show the most significant personal traits of those adolescents with pathological suicidal ideation that indicate significant levels of suicidal ideation. Such finding enables us to determine their clinical and pathological levels and to devise a possible personal profile for them.

Key words: Adolescence, Suicidal Ideation, Personal Profile.

La conducta humana muchas veces es sorprendente y, en alguna ocasión trágica, en especial cuando el individuo decide poner fin a su vida. Cuando nos referimos a la adolescencia, existen términos como depresión o ideación suicida que parecen muy alejados de esta franja de edad. Sin embargo, hoy en día existen pocas dudas acerca de la presencia de estas variables (depresión e ideación suicida) en los adolescentes que experimentan circunstancias personales difíciles de superar.

Para Durkheim (1985), y sin hacer distinciones de edad, el *suicidio* puede ser entendido como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la misma víctima, aún sabiendo que producirá ese desenlace concreto. La *tentativa* es el mismo acto, detenido en su camino, antes de que el resultado sea la muerte del individuo. En el *parasuicidio*, en cambio, no hay una intencionalidad clara, por parte del sujeto, de quitarse la vida, sino que éste se autolesiona para llamar la atención de terceras personas (Ruiz, 2001). Este último aspecto es conocido también desde la OMS (1974) como *comportamiento instrumental relacionado con el suicidio*.

En la misma línea, es necesario distinguir el *suicidio pasivo* o *consumado indirecto*, en el cual el sujeto muere independientemente de su intención y motivos, manifestando una actitud de total indiferencia hacia la vida. Por otro lado, también existe el *intento finalista o frustrado*, acto que es

detenido por motivos ajenos a su voluntad pero en el que sí existía intencionalidad de morir por parte del sujeto.

En la revisión del estado de la cuestión, el suicidio aparece como una de las primeras causas de muerte en la adolescencia: en el Reino Unido y Francia, por ejemplo, es la segunda causa de muerte entre los sujetos de 15-24 años después de los accidentes de tráfico (Greydanus, Bacopoulou y Tsalamani, 2009). En España 1000 jóvenes con edades entre 15 y 24 años se suicidan anualmente (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004; Bobes *et al.*, 2004). Las tasas de suicidio se han triplicado en los últimos años, mientras que las tentativas se mueven entre el 9% y el 11% en el periodo de edad anteriormente citado (Beautrais, 2003). En investigaciones actuales en Estados Unidos y Europa, las cifras de ideación suicida oscilan entre el 5% y el 27% (Thompson, Kuruwita y Foster, 2009; Grover *et al.*, 2009). Respecto a los actos suicidas consumados, en jóvenes españoles, las cifras son del 5,7 por cada cien mil habitantes, siendo más frecuente en los chicos. Para la OMS (2004), el suicidio es la causa de la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año. En Europa y Norteamérica, en edades comprendidas entre 15-25 años, es considerada la tercera causa de muerte en varones y la novena en mujeres. Las estimaciones realizadas por la OMS (2004), indican que en el año 2020 las víctimas podrían ascender a 1.5 millones.

En nuestra investigación, el campo de estudio se centra principalmente en la *ideación suicida* como factor de riesgo de una tentativa suicida y del suicidio consumado, relacionado con un perfil personal que, en principio, desconocemos. Así, Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) y Bobes *et al.* (2004) entienden por ideación suicida aquella parte importante del comportamiento suicida que puede ir desde pensamientos fugaces como: *no vale la pena vivir*, hasta intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, llegando a planes explícitos para matarse. Dear (2001) la define como cualquier manifestación del sujeto que exprese el pensamiento de llevar a cabo un comportamiento relacionado con el suicidio. Por último, Beck *et al.* (1985) manifiestan que el sujeto, de manera persistente, piensa, planea o desea cometer suicidio. Para Bonner y Rich (1988), las etapas del proceso suicida parten en su inicio de una ideación suicida pasiva, pasando por etapas más activas de contemplación del propio suicidio, así como por la planificación, preparación y por la ejecución del intento hasta llegar a su consumación.

Según Millon (2004), en la adolescencia suelen ser frecuentes este tipo de pensamientos. Millon, así reconoce esta etapa no como un periodo apacible, sino como un periodo lleno de intensas vivencias, sentimientos y actitudes contradictorias en diferentes ámbitos de la vida del adolescente, que van desde la propia confrontación de la identidad personal, a ámbitos más externos como la relación con los iguales y con la sociedad mayor (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2004). Para muchos autores esto hace que el adolescente sea especialmente vulnerable al estrés y a la desadaptación psicológica (Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003).

Objetivos

Para llevar a cabo este trabajo hemos utilizado la clasificación de los rasgos del perfil personal catalogados por Millon (2004), en su *Millon Adolescent Clinical Inventory*, MACI (Inventario Clínico para Adolescentes), que se ha convertido en un importante referente en el campo de la psicopatología. El MACI está orientado a evaluar el funcionamiento psicológico de adolescentes a través de tres grandes dominios o apartados presentes en el desarrollo y resolución de los desafíos de la adolescencia. Estos apartados incluyen la estructuración de una personalidad con características propias; la reacción frente a situaciones conflictivas propias del periodo y la posible presencia de cuadros psicopatológicos de alta prevalencia en la adolescencia (Vinet y Forns, 2006).

El objetivo general que persigue este artículo es especificar que el deseo de la propia muerte tiene un sentido para el adolescente y que este deseo de morir puede actuar como síntoma y correlacionarse con un determinado prototipo personal.

En segundo lugar, y como objetivo específico, buscamos describir la prevalencia de la ideación suicida patológica de la muestra, y su relación con un posible perfil personal que nos permita obtener, a partir de las escalas del MACI, un *Prototipo de personalidad* de los jóvenes que obtuvieron puntuaciones elevadas en ideación suicida patológica.

Método

Participantes

La muestra estaba formada por un total de 1194 adolescentes, 607 chicas (50,8%) y 587 chicos (49,2%) de la Comunidad Foral

de Navarra, que estudiaban en institutos de la red pública de enseñanza secundaria y en los cursos académicos de 3º y 4º de ESO, Ciclos Formativos de primer año, Iniciación profesional y 1º de Bachiller. La franja de edad estaba comprendida entre los 14 y los 18 años. Sobre el total de la muestra, $N = 1194$, se seleccionaron a los adolescentes, $n = 65$, que habían obtenido el percentil ≥ 84 , (punto de corte recomendado por el autor) en la prueba *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)* (ver siguiente apartado, Instrumentos).

Instrumentos

Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ): *Professional Manual* de W. M. Reynolds (1988), en sus dos formas: *JR (Junior High School Version*, 15 ítems) chicos/as de 3º ESO, y *HS (Hand-Scorable*, 30 ítems) chicos/as de 4º ESO y 1º Bachiller. El SIQ evalúa el índice del nivel clínico psicopatológico de la ideación suicida en adolescentes, referido a una posterior evaluación sobre un posible cuadro psicopatológico significativo y riesgo de suicidio. Respecto a sus propiedades psicométricas, la consistencia interna del instrumento presenta un coeficiente de 0,936 para el SIQ-JR y el 0,971 para el SIQ. Su validez queda avalada por la alta correlación, $p < 0,001$, entre comportamientos suicidas y otras variables como depresión, desesperanza y baja autoestima de otros instrumentos de medida como la *Reynolds Adolescent Depression Scale* o el *Beck Depression Inventory*.

Millon Adolescent Clinical Inventory (Inventario Clínico para Adolescentes) de T. Millon (MACI). La clasificación de los rasgos del perfil personal estudiado, son los catalogados por Millon en su Inventario Clínico para Adolescentes (2004). El MACI es un autoinforme que consta de 160 ítems con

formato de respuesta verdadero-falso, organizado en 31 escalas, 27 de las cuales tienen significado clínico. Doce escalas evalúan *Prototipos de personalidad*, de la siguiente manera: Introverso, Inhibido, Pesimista, Sumiso, Histriónico, Egocéntrico, Rebelde, Rudo, Conformista, Oposicionista, Autopunitivo, Tendencia límite. Ocho escalas analizan *Preocupaciones expresadas* en las áreas vitales del adolescente: Difusión de la identidad, Desvalorización de sí mismo, Desagrado por el propio cuerpo, Incomodidad respecto al sexo, Inseguridad con los iguales, Insensibilidad social, Discordancia familiar, Abusos físicos, verbales o sexuales en la infancia. Por último, siete escalas evalúan los *Síndromes clínicos* más habituales en la adolescencia como son: Trastornos de alimentación, Inclinación al abuso de sustancias, Predisposición a la delincuencia, Propensión a la impulsividad, Sentimientos de ansiedad, Afecto depresivo, Tendencia suicida. La fiabilidad de este instrumento oscila entre un *alfa de Cronbach* de 0,73 hasta el 0,91. El *alfa de Cronbach* del total de la prueba es de 0,82.

Procedimiento

En esta investigación, queda especificada la ideación suicida como factor relevante para determinar niveles clínicos patológicos significativos. Se aplicaron los instrumentos en la muestra de 1194 adolescentes de la Comunidad de Navarra. Incluimos la posterior corrección siguiendo las baremaciones de cada instrumento y la realización del análisis estadístico posterior.

Con los resultados de la muestra y a partir del percentil $P_c \geq 84$, que indica el índice clínico patológico de ideación suicida en la prueba SIQ, se seleccionaron aquellos sujetos que habían obtenido esa puntuación en la

muestra total de $N = 1194$. El total de adolescentes que puntuaron por encima del $Pc \geq 84$, fue de $n = 65$ casos. A continuación se contrastó el perfil personal de cada uno de estos 65 sujetos adolescentes, obtenido a través del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon, con relación a la puntuación llamada Tasas Base (TB) obtenida, y que es la representación de las tasas objetivas de prevalencia según las puntuaciones centiles en transformación con las puntuaciones directas, tal y como viene recogido en el manual.

Según los criterios del instrumento, se estableció el análisis estadístico posterior desde la prueba *Chi* cuadrado para las dos variables de estudio: perfil personal e ideación suicida. También se verificaron los resultados contrastándolos con el estadístico *t* de Student para muestras independientes, especialmente para averiguar los valores o rasgos inversos del perfil personal con ideación suicida. Debido a la multiplicidad de datos, exponemos en el apartado de resultados lo más significativo en referencia a los rasgos inversos.

Por otro lado, desde el inventario clínico estudiado, se estableció la tasa objetiva de prevalencia correspondiente entre las puntuaciones TB 75 y 85. Las líneas de corte TB entre los valores 75 y 85, sirven para indicar presencia y prominencia (tabla 1).

Tabla 1. Categorías para la variable *Perfil Personal* (MACI).

TB 60 (≥ 60 hasta 74)
Tendencia ligera en cada campo o rasgo
TB 75 (≥ 75 hasta 84)
Presencia significativa de ese factor personal
TB 85 (≥ 85)
Prominencia clínica en los tres apartados

Según el MACI, se puede confirmar para la variable perfil personal que el punto de corte queda situado en una TB = 75, que indica presencia significativa de ese factor personal en el *Prototipo de personalidad*, presencia de *Preocupaciones expresadas* en el/la adolescente y presencia de niveles moderados de las características de los *Síndromes clínicos*.

El punto en Tasas Base, TB ≥ 85 , indicaría prominencia clínica en cada uno de los tres apartados. Para el *Prototipo de personalidad* se manifiesta la intención de considerar los rasgos del perfil personal que puntúen por encima de una TB = 60, para hablar de ligera presencia de ese rasgo personal en el paciente estudiado.

Para el campo *Preocupaciones expresadas*, considerar una TB entre 60-74 indica ligera problemática para el adolescente; la TB entre 75-84 indica asuntos pendientes de resolver y problemático; la TB por encima de 85, confirma el área de principal preocupación, en este caso atribuida a sentimientos y conductas afectadas significativamente y de manera constante.

Para el campo *Síndromes clínicos*, considerar una TB entre 61-74, indica semejanza entre el examinado y aquellos que manifiestan los síndromes objeto de estudio; una TB entre 75-84 indica presencia de niveles moderados de las características de dicho síndrome, mientras que una TB por encima de 85, confirma una probabilidad elevada de que el/la adolescente manifieste claramente las características de ese síndrome indicado.

Para la discusión de los resultados, valoraciones y conclusiones finales, se han revisado otras fuentes de referencia, algunas de las más importantes están seleccionadas y recogidas en la bibliografía.

Resultados

Del total de la muestra de adolescentes $N = 1194$ (607 mujeres y 587 varones), aparecen 65 casos que presentan índices patológicos significativos de ideación suicida, $n = 65$, y que corresponden a una prevalencia del 5,4% del total de la muestra. De estos 65 casos, 32 son mujeres y 33 varones, lo que no induce a diferencias significativas. Realizando una clasificación por cursos de los 65 individuos: 57 de ellos se distribuyen entre 3º ESO y 4º ESO. En los cursos de Iniciación Profesional encontramos 4, en Bachiller 3, y 1 de ellos está estudiando en un Ciclo Formativo de Grado Medio.

Desde el estadístico *Chi* cuadrado, se buscan los índices de probabilidad para cada variable del perfil personal, en correlación con la presencia o no de ideación suicida significativa o índice clínico patológico de ideación. No debemos olvidar que se realiza esa categorización, desde el punto de corte $P_c \geq 84$, tal y como se indica en el instrumento SIQ. Para la variable *perfil personal*, se obtienen índices de ideación suicida muy significativos, correspondientes a la probabilidad $p < 0,001$ (se incluyen también los que sean igual a dicho índice) en los rasgos del perfil personal que incluimos en la tabla 2.

En primer lugar y desde *Chi* cuadrado, hemos indicado los rasgos muy significativos que correlacionan con la ideación suicida, expuestos en la tabla 2, cuya $p < 0,001$. Pero hay otro rasgo cuya probabilidad es significativa pero menor, $p < 0,05$, que es Inseguridad con los iguales. Dicho factor pertenece al campo de las *Preocupaciones expresadas* en el adolescente, tal como indica el manual MACI. Este campo refleja la intensidad de los sentimientos y actitudes de aquellos aspectos que más preocupan a los adolescentes, especialmente a los que padecen más problemas.

En segundo lugar y desde este estadístico, no son significativos los siguientes rasgos: Insensibilidad social, (también perteneciente al campo de las *Preocupaciones expresadas*), Predisposición a la delincuencia y Sentimientos de ansiedad (estos dos incluidos en el campo *Síndromes clínicos*). En estos últimos confirmamos la ausencia de correlación significativa con la ideación suicida.

A continuación se exponen 4 tablas, una por cada apartado del perfil personal, en correlación con la variable ideación suicida. Todas las variables son significativas pero recogemos los cuatro rasgos más importantes y significativos. De esta manera, para la variable del perfil personal, *Pesimista*, los resultados son (tabla 3).

Tabla 2. Rasgos muy significativos del *Perfil Personal* en correlación con la ideación suicida.

Desde los prototipos de personalidad	Transparencia, Deseabilidad, Alteración, Introverso, Inhibido, Pesimista, Sumiso, Histriónico, Egocéntrico, Rebelde, Rudo, Conformista, Oposicionista, Autopunitivo, Tendencia límite.
Desde las preocupaciones expresadas	Difusión de la identidad, Desvalorización de sí mismo, Desagrado por el propio cuerpo, Incomodidad respecto al sexo, Discordancia familiar, Abusos en la infancia.
Desde los síndromes clínicos	Trastornos de la alimentación, Inclinación al abuso de sustancias, Propensión a la impulsividad, Afecto depresivo y Tendencia al suicidio.

Tal y como se puede observar en la tabla 3, existen 33 casos, de los 65, que presentan un índice patológico de ideación, al obtener una puntuación en Tasas Base ≥ 60 , lo que indica desde el mínimo, una tendencia ligera afirmativa, de los sujetos adolescentes, en dicha variable o rasgo.

Para la variable *Difusión en la identidad*, dentro del apartado *Preocupaciones expresadas*, los resultados son los que aparecen en la tabla 4. El índice de probabilidad aparece muy significativo, $p < 0,001$, en 32 de los 65 casos que presentan un índice patológico de ideación, obteniendo una puntuación en Tasas Base ≥ 60 indicando desde su mínimo, una tendencia ligera afirmativa en dicha variable o rasgo.

Para la variable *Inclinación al abuso de sustancias*, los resultados se recogen en la tabla 5. Los 46 sujetos que obtienen una puntuación en Tasas Base ≥ 60 , indicando desde su mínimo una tendencia ligera para dicha variable.

Los resultados de la variable *Afecto depresivo* se recogen a continuación en la tabla 6. Del total de 147 casos con afecto depresivo, son 114 los que superan el umbral y 33 de ellos los que presentan ideación suicida.

Siguiendo con la exposición de resultados y partiendo del estadístico *t*, obtenemos una probabilidad altamente significativa para todas las variables del perfil personal estudiadas en el MACI, salvo las siguientes excepciones: El rasgo *Inseguridad con*

Tabla 3. Ideación Suicida Significativa x Pesimista ($P < 0,001$).

<i>Ideación Suicida Significativa (ISS)</i>	<i>Pesimista</i>					
	<i><60</i>		<i>≥60</i>		<i>Total</i>	
	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>
No	1042	92,3%	87	7,7%	1129	100,0%
Sí	32	49,2%	33	50,8%	65	100,0%
Total	1074	89,9%	120	10,1%	1194	100,0%

Tabla 4. Ideación Suicida Significativa x Difusión de la identidad ($P < 0,001$).

<i>Ideación Suicida Significativa (ISS)</i>	<i>Difusión de la identidad</i>					
	<i><60</i>		<i>≥60</i>		<i>Total</i>	
	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>
No	971	86,0%	158	14,0%	1129	100,0%
Sí	33	50,8%	32	49,2%	65	100,0%
Total	1004	84,1%	190	15,9%	1194	100,0%

los iguales, al igual que para *Chi* cuadrado, es significativo, cuya probabilidad es $p < 0,05$. Dicho rasgo pertenece al campo de las *Preocupaciones expresadas*, como se ha citado anteriormente. Por otro lado, no son significativos los rasgos Insensibilidad social (también para el campo de *Preocupaciones expresadas*) y Predisposición a la delincuencia (como *Síndrome clínico*), ya que no correlacionan significativamente con la variable ideación suicida. Por lo tanto podemos confirmar que estos datos son exactamente iguales que los obtenidos para el estadístico *Chi* cuadrado. La gran diferencia es que el rasgo *Sentimientos de ansiedad*, desde la prueba *t*, es altamente significativo pero inverso. Es decir, aquellos sujetos que puntuaron alto en esta variable, no presentan índices patológicos de ideación suicida.

También la prueba *t*, nos permite conocer cuales son las variables o rasgos del perfil personal contrario con la variable ideación suicida significativa. De esta manera confirmamos que las variables inversas son: Deseabilidad, Sumiso, Histriónico, Egocéntrico, Conformista, Incomodidad respecto al sexo, Insensibilidad social, Sentimientos de ansiedad, todas ellas muy significativas menos la variable Insensibilidad social. Con estas variables inversas podemos trazar, en las conclusiones, el perfil inverso respecto de la ideación suicida.

En la tabla 7, se recogen los rasgos personales más significativos de los que obtuvieron una puntuación SIQ ≥ 84 , es decir, que presentan ideación suicida patológica. Quedan comprendidos sus valores entre la TB 60 y 74, lo que indica tendencia ligera en cada campo o rasgo.

Tabla 5. Ideación Suicida Significativa x Abuso de sustancias ($P < 0,001$).

<i>Ideación Suicida Significativa (ISS)</i>	<i>Abuso de sustancias</i>					
	<60		≥ 60		<i>Total</i>	
	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>
No	649	57,5%	480	42,5%	1129	100,0%
Sí	19	29,2%	46	70,8%	65	100,0%
Total	668	55,9%	526	44,1%	1194	100,0%

Tabla 6. Ideación Suicida Significativa x Afecto depresivo ($P < 0,001$).

<i>Ideación Suicida Significativa (ISS)</i>	<i>Afecto depresivo</i>					
	<60		≥ 60		<i>Total</i>	
	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>	<i>Recuento</i>	<i>% de ISS</i>
No	1015	89,9%	114	10,1%	1129	100,0%
Sí	32	49,2%	33	50,8%	65	100,0%
Total	1047	87,7%	147	12,3%	1194	100,0%

Tabla 7. Rasgos personales más significativos en Tasas Base, de los adolescentes con ideación suicida patológica.

Rasgo Personal	TB
Transparencia	68,5
Alteración	66,6
Rebelde	67,2
Rudo	62,2
Oposicionista	66,5
Tendencia límite	62,7
Difusión identidad	61,5
Desvalorización de sí mismo	59,9
Desagrado por propio cuerpo	61,4
Discordancia familiar	65,3
Abusos en la infancia	62,1
Inclinación abuso sustancias	73,8
Predisposición delincuencia	65,0
Propensión impulsividad	63,6
Afecto depresivo	60,1
Tendencia al suicidio	63,2

Queremos recordar que entre las escalas no clínicas y de control existe la *Transparencia* en la prueba, que indica el grado de sinceridad de los sujetos sobre sí mismos y las respuestas, mientras que la escala *Alteración* evalúa la inclinación a la desvalorización, mostrando problemas más complicados de como son en realidad. La variable *Deseabilidad*, es el grado de afectación de como sienten inclinación a mostrarse serenos y atractivos.

Siguiendo con la tabla 7, la puntuación más alta en Tasas Base, se obtiene para el rasgo *Inclinación al abuso de sustancias*.

Quedando establecida en el límite para considerarse *prominencia clínica*, siguiendo las indicaciones de la categorización del MACI, por su puntuación aproximada a 74. Por otro lado, sabemos, desde los índices de correlación hallados y expuestos, que todos estos rasgos son altamente significativos en correlación con la variable ideación suicida. La única excepción es el rasgo *Predisposición a la delincuencia*, que como ya indicamos, no es rasgo significativo. En este actúa claramente el fenómeno estadístico de restricción de rasgo, lo que induce a pensar, que es un factor importante para la población de adolescentes estudiados, no así para los que padecen ideación suicida.

Para el resto de rasgos, al estar sus puntuaciones comprendidas entre TB 60 y 74, hablamos de tendencia ligera para cada uno, entre los adolescentes con índice patológico de ideación. Los adolescentes con este índice, son los que obtienen una puntuación en el instrumento SIQ ≥ 84 , o lo que es lo mismo, el punto de corte para determinar el umbral de significatividad. De esta manera, el porcentaje total obtenido, 5,4%, corresponde a los 65 adolescentes que presentan ideación suicida patológica ya que puntúan por encima de dicho corte.

El porcentaje total del 5,4% de ideación suicida patológica, obtenido en este estudio, concuerda con la investigación de Ruiz (2001) con adolescentes de la Comunidad de Murcia, que presentan un deseo moderado-alto de suicidarse. En la investigación de Villardón (1993) se informaba que el 44% de los adolescentes entrevistados referían haber pensado en la ideación suicida en algún momento de su vida, aunque la cifra disminuía hasta el 10% cuando era ideación seria. Resultados parecidos encontramos en Fernández Rivas (1995), donde la presencia de ideación suicida pa-

tológica se reflejaba entre los 72 adolescentes estudiados con tentativas de suicidio, llegando a un 9,7% de adolescentes que la presentaban, entre los pertenecientes al grupo control.

Discusión

En primer lugar, y a partir de los 65 casos que indican ideación suicida patológica, $n = 65$, desde el apartado *Prototipo de personalidad* del MACI, podemos hacer la siguiente descripción psicológica de los adolescentes de la muestra: estos jóvenes presentan cierta tendencia a la introversión, muestran dificultades a la hora de expresar sentimientos y hacer amigos y, además, sufren de tristeza interior. Mantienen su propia distancia en las relaciones con los demás porque no confían en la amistad de los otros. Son rebeldes, rudos y bruscos, especialmente con figuras parentales y/o de autoridad. De marcado pesimismo, manifiestan una fuerte resistencia a ser sometidos, una actitud con tendencias de oposición que les impulsa a actuar de forma desafiante. Al mismo tiempo, también son vulnerables y emocionalmente lábiles cuando se encuentran en situaciones difíciles, llegando a veces a situaciones de negación de placer, de eliminación de pequeños logros, y a la intensificación de los aspectos negativos de su vida en referencia a hechos pasados. Así lo manifiestan las variables de forma significativa: Introversión, Inhibido, Pesimista, Rebelde, Rudo, Opositor, Autopunitivo, Tendencia Límite.

En segundo lugar y desde el apartado *Preocupaciones expresadas*, encontramos que dichos individuos pueden ser: inseguros consigo mismos, estar abatidos, desanimados, confundidos con su identidad y no se gustan a sí mismos, por lo que sienten

desagrado hacia su cuerpo. Han sufrido situaciones violentas y de estrés en la familia, posiblemente abusos psíquicos y/o de falta de comunicación y afecto, una circunstancia que les ha llevado a la no aceptación de su ser y del entorno en el que viven. Así queda reflejada en las variables: Difusión de la identidad, Desvalorización de sí mismos, Desagrado por el propio cuerpo, Inseguridad con iguales, Discordancia familiar, Abusos en la infancia.

En tercer lugar, y desde el apartado *Síndromes clínicos* podemos confirmar que: consumen alcohol, drogas, o fuman con intensidad y frecuencia, son impulsivos, tensos, indecisos, aprensivos e inquietos, y de humor ligeramente deprimido. Pueden padecer un trastorno de la alimentación. Pienzan en la propia muerte o en lesionarse a sí mismos como salida a sus situaciones de dolor. Estas afirmaciones quedan reflejadas en las puntuaciones obtenidas en Trastornos de la alimentación, Inclinación al abuso de sustancias (donde obtienen la media más alta), Propensión a la impulsividad, Afecto depresivo y Tendencia al suicidio. En consonancia con estas afirmaciones, y tal como señala Millon (2004):

“Los sentimientos de aislamiento emocional, la falta de una red de apoyo social y el sentimiento de alejamiento de los compañeros aparecen como los factores principales en la vida de los adolescentes que consideran el suicidio como su único recurso.” (pág. 42).

Por el contrario, también existen rasgos generales significativos en aquellos individuos que obtienen puntuaciones inversas o contrarias en la prueba *t*, en ideación suicida. Estos rasgos son los siguientes: Sumiso, Histriónico, Egocéntrico, Conformis-

ta, sienten Incomodidad respecto al sexo, Inseguridad con los iguales, y manifiestan Sentimientos de ansiedad (este no es significativo para la prueba *Chi* cuadrado).

En los sujetos con rasgos más marcados de Histrionismo -que es inverso a la ideación suicida- cuanto mayor sea el apoyo externo de atención y de afecto, menores serán sus niveles de ideación. Necesitan, además, llamar la atención y exhiben una dependencia activa de aprobación, sintiéndose seguros de sí mismos cuando la consiguen. Si, en cambio, se encuentran en situaciones de ausencia de afecto y cuidados, no aparecen sentimientos de ansiedad y tristeza. Según Millon (2004), buscan la manipulación, la seducción, la protección y el apoyo desde una postura de dependencia activa en referencia a los otros. Tienen aparente confianza interna y una independiente seguridad en sí mismos. Estas características son paralelas a las del trastorno histriónico de la personalidad del DSM-IV-TR (2000). De esto se desprende que tales individuos necesitan desarrollar la capacidad de frenar sus deseos para adoptar los valores y principios de los otros, sintiéndose eficaces cuando intentan hacer lo correcto en cada situación. El rasgo inverso al conformismo puede manifestarse de diferentes maneras: por ejemplo, aunque experimentan deseos de imponer su criterio, sus propios sentimientos de oposición y de rebeldía les obligan a adoptar los valores y principios de los otros desde un falso autocontrol rígido y sancionador.

Un mayor nivel de egocentrismo, por otro lado, les hace confiar más en sí mismos que en los demás, y a tener menor ideación, ya que estos sujetos tienen una imagen positiva con alta autoestima y autoconcepto. Son independientes, también desde sus estrategias de afrontamiento ante las experiencias vividas y de pensamiento y arrogantes. Les

encanta, además, ser premiados, y persiguen el propio beneficio a través de sus acciones.

Respecto a las altas puntuaciones en Insensibilidad social y Predisposición a la delincuencia, éstas no correlacionan de forma significativa con la variable ideación suicida y tampoco de manera inversa. Así, se podría confirmar, por la media obtenida en las puntuaciones una ligera tendencia global, en la muestra de estudio, hacia los comportamientos delictivos y la indiferencia social en relación con el bienestar de los demás. Estos adolescentes con problemas necesitan hacerse notar exteriorizando comportamientos problemáticos, infligiendo normas o reglas establecidas.

En referencia a la pasación de los instrumentos, los participantes de la muestra se han mostrado abiertos y sinceros, tal y como muestra la variable *Transparencia* del MACI que refleja la sinceridad de los individuos respecto al cuestionario, obteniendo en los índices estadísticos una puntuación significativa. La *Transparencia*, según el MACI, es el grado en que los sujetos se manifiestan abiertos, sinceros y reveladores en referencia así mismos. A partir de los resultados obtenidos en esta variable, deducimos la fiabilidad del estudio realizado en cuanto al control de las variables y condiciones respecto a la correcta pasación de los instrumentos. Por otro lado, observamos en la escala *Alteración* una ligera tendencia de los individuos a la desvalorización de sí mismos o a percibirse algo más afectados a como lo están en realidad. En el MACI (pp. 69) el factor *Alteración* se describe como aquel que evalúa la inclinación del paciente a desvalorizarse, mostrando problemas más complicados de lo que podrían ser desde una valoración más objetiva.

Trabajar con esta muestra, $N = 1194$, nos ha permitido descubrir, a partir de los

resultados obtenidos en el SIQ y el MACI, que en el perfil de los adolescentes con ideación suicida aparecen sintomatologías diferenciadas en sus manifestaciones comportamentales: interna y externa. En la interna destacan los rasgos de pesimismo, depresión, desencanto y tristeza entre otros, mientras que en la sintomatología externa encontramos asociaciones con problemas conductuales familiares, de oposición, dureza y violencia, entre otros. En la externa, el nivel de afectación es mayor, según indican los índices de correlación expuestos desde la variable ideación suicida. Entre lo que acabamos de exponer y con referencia a los perfiles personales obtenidos, sobre la $n = 65$, observamos que el factor que más se aproxima al perfil personal de los adolescentes afectados por ideación suicida patológica, es el psicoticismo tal y como se describe en el estudio de perfiles de Eysenck y Eysenck (1977). Para estos autores, las personas que puntúan alto en psicoticismo son frías, impersonales, hostiles, carentes de empatía, poco amigables, desconfiadas, enigmáticas, poco emotivas y poco sociables, destacando estos rasgos entre otros.

Para finalizar, queremos resaltar el porcentaje de adolescentes que, en nuestro estudio, han presentado ideación suicida patológica, con una prevalencia del 5,4% de la muestra. Más allá de las consideraciones cuantitativas, inherentes a este trabajo, queremos destacar la adolescencia como una de las etapas importantes en el desarrollo de los individuos, un periodo en el que pueden aparecer ideas y comportamientos suicidas. Los centros de enseñanza son, en este sentido, de una importancia clave, ya que constituyen el principal espacio en el que los adolescentes desarrollan gran parte de su actividad diaria. De ahí

que la detección temprana en individuos con ideación o conducta suicida pueda realizarse, en muchos casos, en el ámbito escolar. En nuestra investigación, esta conclusión se fundamenta en los resultados obtenidos.

Queremos concluir con el deseo de que la investigación realizada pueda servir como incentivo para que otros investigadores en este campo (ideación y realidad del suicidio) contribuyan con su labor al conocimiento ya existente desde una perspectiva multidisciplinar. De esta manera, se podrán diseñar y llevar a cabo medidas preventivas y de acción social, especialmente desde las áreas educativas y de salud, que den respuesta a las situaciones que plantea el desarrollo de problemas de ajuste en la adolescencia.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed., Text Revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beautrais, A.L. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist*, 46 (9), 1137-1156.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., y Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Bobes, J., Sáiz, P.A., García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T. y Bousoño, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
- Bonner, R. y Rich, A. (1988). A prospective investigation of suicidal ideation

- among college students. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 18 (3), 245-258.
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, J.A. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Dear, G. (2001). Further comments on the nomenclature for suicide related thoughts and behavior. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31 (2), 234-235.
- Durkheim, E. (1985). *El suicidio*. Madrid: Akal Universitaria.
- Eysenck, S.B.G. y Eysenck, H.S. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16 (1), 57-68.
- Fernández Rivas, A. (1995). *Tentativas de suicidio en adolescentes y jóvenes adultos: Análisis descriptivo y estudio de los factores riesgo*. Tesis doctoral no publicada. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Girón, S., Rodríguez, R. y Sánchez, D. (2003). Trastornos de comportamiento en los adolescentes: Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. *Psiquis*, 24 (1), 5-14.
- Greydanus, D.E., Bacopoulou, F. y Tsalamianos, E. (2009). Suicide in adolescents: A worldwide preventable tragedy. *The Keio Journal of Medicine*, 58 (2), 95-102.
- Grover, K. E., Green, K.L., Pettit, J.W., Monteith, L.L., Garza, M.J. y Venta, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (12), 1281-1290.
- Millon, T. (2004). *MACI. Inventario Clínico para Adolescentes*. Madrid: Tea.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. J. (2004). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- OMS (2004). Suicide huge but preventable public health problem, says WHO. World Suicide Prevention Day-10 September, 1-2. (disponible en <http://www.oms.com/who.int>).
- OMS (1974). Suicide and attempted suicide. *Public Health Papers*, 58, 16-130.
- Reynolds, W.M. (1988). *The Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ): Profesional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ruiz, J.A. (2001). *Factores de estrés en los adolescentes. Un estudio sobre las implicaciones del estrés en la sintomatología depresiva y el comportamiento suicida en los adolescentes murcianos*. Tesis doctoral no publicada. Murcia: Universidad de Murcia.
- Thompson, M., Kuruwita, CH. y Foster, M. (2009). Transitions in suicidal risk in a nationally representative sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44 (5), 458-463.
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Vinet, E.V. y Forns, M. (2006). El inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica. *Psykhé*, 15 (2), 69-80.