

# TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria  
2018-2020

## Conducta Suicida en la Adolescencia

Realizado por:

Carmen Piqueras Ruiz

Dirigido por:

Dra. Meritxell Pacheco Pérez

Barcelona, 2020

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

c. Císter, 34

08022 Barcelona

[www.blanquerna.edu](http://www.blanquerna.edu)

**Índice**

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Introducción.....	6
Método.....	11
Resultados.....	15
Discusión.....	21
Referencias.....	27

### **Agradecimientos**

Quiero agradecer este trabajo al Dr. Eduard Serrano, por darme la posibilidad de realizarlo, por su empeño y el tiempo dedicado a que saliese adelante, por los ánimos en los momentos complicados, y por enseñarme tanto a lo largo del camino.

Gracias también al Dr. Francisco Villar por su generosidad al cederme una parte tan valiosa de su trabajo, por confiar en mí para tratar unos datos a los que tanto tiempo y trabajo ha dedicado.

Gracias también a todos los adolescentes y familias que decidieron compartir su vivencia de este fenómeno que tanto sufrimiento les ha supuesto para ayudar a otros, gracias a ellos seguimos avanzando en nuestra profesión para ayudar cada vez más y mejor.

Gracias a la Dra. Meritxell Pacheco por la dirección de este trabajo, por estar siempre disponible, por las correcciones siempre constructivas y por los continuos ánimos.

## Resumen

La Conducta Suicida (CS) sin resultado mortal en sus diversas manifestaciones es un fenómeno de alta prevalencia durante el periodo vital de la adolescencia. Los objetivos del presente estudio fueron, describir las características de la CS en la adolescencia y delimitar el perfil del adolescente que presenta un mayor riesgo de realizar una tentativa autolítica, estudiando la relación entre los rasgos de personalidad y el paso o no al acto. Como objetivo último, realizar propuestas tanto a nivel preventivo como de intervención para conseguir la reducción de este fenómeno tan preocupante. Para ello se evaluó una muestra de 92 pacientes adolescentes administrando el inventario MACI de Millon (1993), para obtener los datos referidos a rasgos de personalidad, síndromes clínicos y preocupaciones expresadas. Además, se recogieron datos acerca de variables relacionadas con la CS y de antecedentes tanto personales como familiares. Los resultados mostraron que el 71.7% de los pacientes realizaron una tentativa autolítica, mientras que el resto realizaron otros tipos de CS (gesto, amenaza o ideación). El método más utilizado por aquellos que pasaron al acto fue el de la sobreingesta medicamentosa (89.4%). Los desencadenantes de la CS mayoritariamente identificados por los pacientes fueron la conflictiva familiar y los problemas de gestión emocional. La existencia de antecedentes de CS en familiares, se asoció a un mayor riesgo de cometer una tentativa. Aparecen diferencias significativas en distintas variables de personalidad y psicopatológicas entre el grupo de pacientes que habían realizado tentativa de suicidio y los que no. Se discuten las implicaciones de los resultados para la prevención de la conducta suicida.

*Palabras clave:* conducta suicida, adolescentes, tentativa autolítica, ideación autolítica, gesto suicida, amenaza suicida.

### Abstract

Suicidal Behavior (CS) without fatal outcome in its various manifestations is a phenomenon of high prevalence during the vital period of adolescence. The objectives of the present study were, to describe the characteristics of CS in adolescence and to define the profile of the adolescent who It presents a greater risk of making an autolytic attempt, studying the relationship between personality traits and the passage or not to the act. As a final objective, make proposals at both preventive and intervention levels to achieve the reduction of this worrying phenomenon. For this, a sample of 92 adolescent patients was evaluated by administering the MACI inventory of Millon (1993), to obtain data referring to personality traits, clinical syndromes and expressed concerns. In addition, data were collected about variables related to CS and personal and family history. The results showed that 71.7% of the patients made an autolytic attempt, while the rest made other types of CS (gesture, threat or ideation). The method most used by those who went to the act was that of the drug overinstant (89.4%). The triggers of CS mostly identified by the patients were family conflict and emotional management problems. The existence of a family history of CS was associated with an increased risk of committing an attempt. Significant differences appear in different personality and psychopathological variables between the group of patients who had attempted suicide and those who did not. The implications of the results for the prevention of suicidal behavior are discussed

*Key words:* suicidal behavior, adolescents, suicidal attempt, suicidal ideation, suicidal gesture, suicidal threaten.

La muerte por suicidio es un fenómeno que se encuentra predominantemente en la edad adulta, sin embargo, como comentaremos a continuación, las tasas de tentativas autolíticas y otras tipologías de la conducta suicida se disparan en la adolescencia, etapa de especial vulnerabilidad. Este estudio analiza este tipo de conducta en dicha etapa vital, con el objetivo de contribuir en la delimitación del perfil de adolescente en riesgo y proponer estrategias de prevención e intervención.

El suicidio es un problema de salud pública con una incidencia mundial de más de 800.000 muertes al año (World Health Organization, 2019). Se trata de la primera causa de muerte no natural en España: fallecen 10 personas al día por suicidio en nuestro país, una cada dos horas y media (Fundación española para la prevención del suicidio, 2017). Sin embargo, estos datos acerca del suicidio consumado son tan solo la punta del iceberg dentro del fenómeno de la CS: en cuanto a tentativas autolíticas, por ejemplo, se estima que se producen 20 por cada suicidio consumado (World Health Organization, 2019).

La terminología empleada para hablar del suicidio ha evolucionado a lo largo de los últimos años, desde un solo concepto general, hasta un amplio espectro dentro del cual se incluyen varias manifestaciones de distinta naturaleza y gravedad (Villar, 2018). A falta de una definición consensuada, en el presente trabajo nos serviremos de la clasificación realizada por Villar (2018), el cual considera que para poder hablar de CS tiene que existir, en primer lugar, una comprensión del concepto de muerte por parte del sujeto, y por otro, la intención de acabar con la propia vida. El proceso decisional que lleva o no al sujeto a quitarse la vida es el elemento sobre que este autor plantea su clasificación, en la cual incluye los siguientes conceptos:

- ❖ *Ideación suicida*, pudiendo ser ideas pasivas o activas. En este caso nos centraremos en el segundo subtipo, ideas activas con deseo de muerte y por lo tanto alto riesgo de pasar al acto.
- ❖ *Amenaza suicida*, en cuanto a la verbalización de las ideas suicidas, lo cual resulta un indicador de alto riesgo.
- ❖ *Gesto suicida*, concepto que se refiere a los actos preparatorios para la tentativa, sin que esta llegue a realizarse. Lo identificamos como gesto suicida cuando no es necesario que la persona nos explique lo que está haciendo para que podamos identificarlo como tal.
- ❖ *Tentativa autolítica*, como secuencia de actos realizados por una persona con la intención de acabar con su vida por medio de dichas acciones.
- ❖ *Suicidio consumado*, el cual sería una tentativa que resulta en el fallecimiento del sujeto.

La escalada entre estas conductas puede explicarse mediante la Teoría de los tres Pasos (The three-step theory; 3ST, Klonsky & May, 2015), el modelo explicativo del suicidio más aceptado en la actualidad. Esta teoría explica qué factores originan la CS, y cómo se genera el paso de la ideación al acto. En primer lugar, afirman que la ideación suicida resulta de una suma de sufrimiento y desesperanza: este es el paso 1. Si además de estos factores el individuo presenta una falta de vínculos con otros, según estos autores llegaría el paso 2: aparece el deseo de suicidio. Y finalmente, si el deseo de suicidio va acompañado de capacidad de suicidio, da lugar a una tentativa autolítica; paso 3.

Por lo tanto, el paso de la ideación al acto dependería principalmente de la mencionada “capacidad de suicidio”. Según estos autores, al igual que propuso Joiner (2005), los humanos estamos biológicamente preparados para evitar el dolor y la

muerte, por lo que concluyen que esta capacidad de suicidio debe ser en gran parte adquirida. Proponen que la adquisición de esta capacidad se da a partir de exposiciones a experiencias vitales de abusos, miedo, muertes o autolesiones. Hablan de tres componentes: uno de disposición genética, otro adquirido, como acabamos de mencionar, y un último práctico, en cuanto a elementos que facilitan la realización de la tentativa, como por ejemplo el acceso a métodos.

Estudios como el de Paschall y Bersamin (2018), sitúan el debut de este fenómeno en la etapa de la adolescencia, en torno a los 14-15 años. Sin embargo, debido a que los menores de 19 años no suponen más que el 2% de los fallecidos por suicidio en España (INE, 2018), la mayoría del conocimiento que se tiene sobre esta problemática está extraída de la realidad adulta. Es por ello que en el presente estudio trataremos de analizar la realidad del comportamiento suicida en la población adolescente.

Actualmente el suicidio es la segunda causa de muerte en esta franja de edad (World Health Organization, 2019); la primera si nos centramos en la provincia de Barcelona, por encima de los tumores y los accidentes de tráfico (INE, 2018). Además, las cifras se disparan si hablamos de CS sin resultado mortal en esta fase evolutiva: se calcula que la prevalencia de ideación suicida en población no clínica en el año 2013 fue de un 12% aproximadamente. En ese mismo año, se estima que entre un 4% y un 8% de los jóvenes había realizado una tentativa autolítica en este periodo vital (Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., y Deeks, J., 2005; Nock et al 2008; Nock et al 2013).

De hecho, se ha visto que el riesgo de realizar tentativas disminuye durante el paso a la edad adulta (Thompson, Kuruvita & Foster 2009), mientras que el riesgo de suicidio consumado incrementa, fenómeno conocido como la paradoja de la edad. Por lo tanto, a diferencia de los datos anteriormente mencionados, extraídos de la población

adulta, en la adolescencia se estima que hay entre 100 y 200 tentativas por cada suicidio consumado (McIntosh & Drapeau, 2014).

Existen ciertas características propias de la etapa de la adolescencia que podrían explicar estos datos: se trata de un periodo en el que aparece una especial vulnerabilidad, junto a cierta disminución de la satisfacción con la vida y un incremento del estrés, lo cual podría guardar relación con la aparición de ideas suicidas (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach, & Henrich, 2007). A su vez, se produce un incremento de la impulsividad y aparece cierta dificultad para percibir el riesgo, factores que aumentan la probabilidad de realizar una tentativa autolítica (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012). Además, el 50% de los trastornos mentales aparecen antes de los 14 años (World Health Organization, 2014), lo que también podría considerarse como factor de riesgo, ya que ha sido evidenciado que la población clínica psiquiátrica es más vulnerable, calculando que entre un 20-47% de esta ha realizado una tentativa antes de los 18 años (Bursztein, & Apter, 2009).

Para conseguir la reducción de estos datos resulta importante identificar los factores de riesgo suicida propios de esta etapa vital, los cuales nos ayudarán a delimitar los grupos sobre los que es necesario intervenir. Hoy en día, el factor que cuenta con mayor evidencia empírica es la realización de una tentativa previa (Nock et al. 2008). También se ha demostrado la repercusión del entorno familiar, con especial importancia en factores como la existencia de diagnósticos psiquiátricos en los padres, historia familiar de suicidio, pérdida de un padre o historia de malos tratos (Bridge, Goldstein & Brent, 2006). Por otro lado, se ha evidenciado la influencia que tienen las cuestiones relacionales sobre los adolescentes, por lo que la aparición de problemas con el grupo de iguales podría suponer un factor precipitante para la CS (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012).

Actualmente son pocos los tratamientos específicos para tratar la conducta suicida, en su mayoría son tan solo apartados incluidos dentro del tratamiento para otros trastornos. Hoy en día podríamos clasificar las intervenciones existentes en dos tipos de estrategias: reducción el sufrimiento de la persona o adquisición de habilidades para el afrontamiento de situaciones complicadas (Villar, 2018). Sin embargo, se han detectado obstáculos para conseguir la recuperación de los pacientes: por un lado, son muy pocos los afectados que buscan ayuda ante la ideación o planes suicidas, y por otro, no muestran adherencia al tratamiento. En EEUU, por ejemplo, se ha visto que, una vez dados de alta del servicio de emergencias, tan solo un tercio de los pacientes continúa con el tratamiento en los servicios comunitarios (Grupp-Phelan, McGuire, Husky & Olfson, 2012).

Teniendo en cuenta las deficiencias a la hora de intervenir, consideramos que resulta de gran importancia el desarrollo de estrategias eficaces de prevención en grupos de riesgo para evitar que llegue a desarrollarse la conducta. Sin embargo, según la OMS (2000) entre un 40% y un 60% de los individuos que cometen suicidio con resultado mortal consultaron a un médico en el mes anterior, lo que indica una gran deficiencia por parte de los servicios sanitarios en la detección de aquellos pacientes que podrían estar en riesgo.

Todo esto crea un escenario complicado para conseguir la reducción del fenómeno suicida. Por ello, los objetivos de este estudio serán: a) describir las características de la conducta suicida en adolescentes en la actualidad b) estudiar la asociación entre antecedentes personales y familiares y el paso al acto, para así delimitar el perfil de paciente que presenta un mayor riesgo de tentativa c) Con la misma finalidad, estudiar la asociación entre los rasgos de personalidad (evaluados con el MACI, Millon 1993) y el paso o no al acto, comparando los resultados de aquellos

sujetos que han llegado a realizar una tentativa y los que no. Partiendo de los datos obtenidos, d) realizar propuestas tanto a nivel preventivo como de intervención, en población adolescente.

## **Método**

### **Participantes**

El estudio se realizó con una muestra de conveniencia de 92 adolescentes atendidos en el Servicio de Urgencias, por psiquiatría o por pediatría, del *Hospital Sant Joan de Déu* (Barcelona) por conducta suicida y posteriormente ingresados en planta. Este hospital abarca trabaja con una zona de influencia de 1.300.000 habitantes dentro de la provincia de Barcelona. Las visitas pediátricas que acuden a través del servicio de urgencias generales ascienden a 100.000 al año.

Se establecieron los siguientes criterios para la inclusión de los pacientes en la muestra: 1) tener una edad comprendida entre los 13 y los 17 años, 2) presentar CS en alguna de sus manifestaciones y 3) haber aceptado formar parte de la investigación. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaron: 1) más de 18 años de edad, 2) cualquier tipo de déficit que impidiese la correcta evaluación psicológica, la comprensión del concepto “muerte” o de las pruebas utilizadas, 3) casos en los que la intencionalidad de la conducta es considerada como no suicida.

La muestra está formada por 92 sujetos, un 66.3% de ellos de sexo femenino (n=61) y un 33.7% de sexo masculino (n=31), la media de edad es de 14.99 (DE=1.35, rango 13-17). Sin embargo, este porcentaje no es el real: en los datos recogidos a lo largo de un año (diciembre '15- noviembre '16) el porcentaje de mujeres fue de un 78.7% (n=59) y el de hombres de un 21.3% (n=16). Otros 17 participantes de género masculino fueron añadidos posteriormente a la muestra para poder realizar la

comparación entre géneros, continuando para ello el proceso de recogida de datos hasta enero'18. Este hecho se tendrá en cuenta en los análisis de resultados.

### **Diseño**

El diseño del presente estudio es transversal, descriptivo-correlacional.

### **Instrumentos de evaluación**

A través de un protocolo ad hoc se recogieron datos relativos a:

- *Variables sociodemográficas*: género y edad.
- *Variables descriptivas de la conducta suicida*: tipo de conducta suicida actual (tentativa, gesto, amenaza o ideación autolítica), método utilizado en caso de tentativa, desencadenante identificado por el sujeto (conflictiva familiar, gestión emocional, conflicto con iguales, trastorno de salud mental, depresión o ruptura sentimental), naturaleza de la conducta (conductas derivadas de problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido, conductas derivadas de trastornos de la salud mental graves, suicidio de aparición aguda como respuesta a un evento vital estresante).
- *Variables referentes a antecedentes personales*: Antecedentes de diagnóstico psicopatológico, comorbilidad, ingresos previos en salud mental, historia de abusos, bullying, autolesiones o episodios de conducta suicida previos.
- *Variables referentes a antecedentes familiares*: Antecedentes de diagnósticos psicopatológicos en la familia, episodios de conducta suicida en familiares.

La evaluación de los rasgos de personalidad de los pacientes, así como sus síndromes clínicos y preocupaciones expresadas, se llevó a cabo utilizando la versión española del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (*Millon Adolescent Clinical Inventory*, MACI); Este test fue diseñado por Millon (1993) para evaluar las

áreas anteriormente mencionadas en población adolescente (13-19 años). Se trata de un inventario de autoinforme formado por 160 ítems de respuesta dicotómica (Verdadero/Falso) los cuales se reparten entre 31 escalas. Una primera escala mide la validez de la prueba (Fiabilidad), a continuación, tres escalas detectan tendencias de respuesta del sujeto evaluado (Transparencia, Deseabilidad y Alteración). Las doce escalas siguientes se tratan de prototipos de personalidad, cada una de ellas formada por distintas características de personalidad, estas escalas son: Introverso/a, Inhibido/a, Pesimista, Sumiso/a, Histriónico/a, Egocéntrico/a, Rebelde, Rudo/a, Conformista, Opositor/a, Autopunitivo/a y Tendencia Límite. El apartado de preocupaciones expresadas está compuesto por las escalas de Difusión de la identidad, Desvalorización de sí mismo, Desagrado con el propio cuerpo, Incomodidad respecto al sexo, Inseguridad con los iguales, Insensibilidad social, Discordancia familiar y Abusos en la infancia. Por último, aparecen siete escalas que evalúan síndromes clínicos: Trastornos de la alimentación, Inclinación al abuso de sustancias, Predisposición a la delincuencia, Predisposición a la impulsividad, Sentimientos de ansiedad, Afecto depresivo y Tendencia al Suicidio.

### **Procedimiento**

El período de recogida de datos se realizó entre diciembre del 2015 y enero de 2018. Todos los datos relativos a variables demográficas, variables clínicas relacionadas con la conducta suicida y de antecedentes personales y familiares se obtuvieron mediante evaluaciones realizadas por psicólogos y psiquiatras del Servicio de Psiquiatría y Psicología del *Hospital Sant Joan de Déu* (Barcelona) durante el tiempo que el paciente permaneció ingresado en el hospital.

Como hemos comentado anteriormente, la información referida a rasgos de personalidad de los pacientes y su gravedad clínica (medida a través de los síndromes

clínicos y de las preocupaciones expresadas) se obtuvieron a través de la administración del Inventario MACI. Todas las medidas fueron recogidas durante las primeras 72 horas de ingreso. El profesional daba instrucciones de los instrumentos al paciente hasta asegurarse de que comprendía adecuadamente las consignas. Después del cumplimiento de los cuestionarios se realizaba la corrección informatizada de los mismos para obtener los resultados.

### **Aspectos éticos**

El presente estudio se realizó en la Unidad de Suicidio del *Hospital Sant Joan de Déu* (Barcelona). Antes de la recogida de datos se contó con la aprobación del Comité de Ética del hospital, de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki de 1975. Tras ser informados sobre las características del presente estudio, los sujetos mayores de 14 años aceptaron su participación y los representantes legales dieron su consentimiento, todo ello de forma escrita. Todos los datos y resultados fueron tratados siguiendo la Ley orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal. Se aseguró la confidencialidad de los mismos a partir de un sistema de codificación. Los participantes no obtuvieron ningún tipo de remuneración.

### **Análisis estadísticos**

Se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (IBM Corp., 2016) para realizar el análisis estadístico de los datos. *IBM SPSS Statistics for Macintosh*, Version 24.0. 2016.

Con el fin de obtener información descriptiva y de prevalencia de las variables asociadas a la CS y de los antecedentes tanto personales como familiares de los pacientes, se realizaron análisis descriptivos (media y desviación estándar) y de distribución de frecuencias (recuento y porcentaje válido). Se utilizó el estadístico Chi

Cuadrado para analizar las diferencias las variables de antecedentes personales y familiares ente ambos grupos (tentativa/otra CS). Se realizó el mismo procedimiento estadístico para obtener los descriptivos de las dimensiones de personalidad del MACI para para ambos grupos (tentativa/otras CS). Para analizar las diferencias entre las dimensiones de personalidad de ambos grupos (tentativa/no tentativa) se realizó la prueba no paramétrica *U Mann Whitney* para muestras independientes (*variables cuantitativas*). Se consideró un nivel de probabilidad del 5% o menor para la significación de las pruebas.

### Resultados

La muestra se compone de un total de 92 participantes, de los cuales un 66.3% son mujeres (n=61), con una edad media de 14.99 años (DE=1.35, rango 13-17).

#### Características de la CS adolescente

Respecto al tipo de CS por el que se decide el ingreso del adolescente, un 71,7% de la muestra cometió una tentativa autolítica (n=66), mientras que la parte restante de la muestra, un 28.3%, realizó otras CS sin llegar al acto (n=26). Más concretamente, un 18.5% refirió ideación autolítica (n= 17), un 7.6% realizó un gesto suicida (n= 7) y un 2.2% presentó amenazas de muerte (n= 2). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo del paciente y la realización o no de tentativa, como se muestra en la Tabla 1 (p=0,038).

Tabla 1

*Número de tentativas y otras CS por sexo*

	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	
	<b>N=47</b>	<b>N=19</b>	<b>p.</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	

Tentativa	48 (78.7%)	18 (58.1%)	0.038
Otras CS	13 (21.3%)	13 (41.9%)	

De los 66 pacientes que realizaron una tentativa, el método mayoritariamente utilizado para llevarla a cabo fue la sobreingesta medicamentosa, alcanzando el 89.4% (n=59). Como se puede observar en la Tabla 2, tan solo 7 participantes realizaron tentativas utilizando otros medios: se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el método utilizado y el sexo del adolescente ( $p=0,019$ ).

Tabla 2

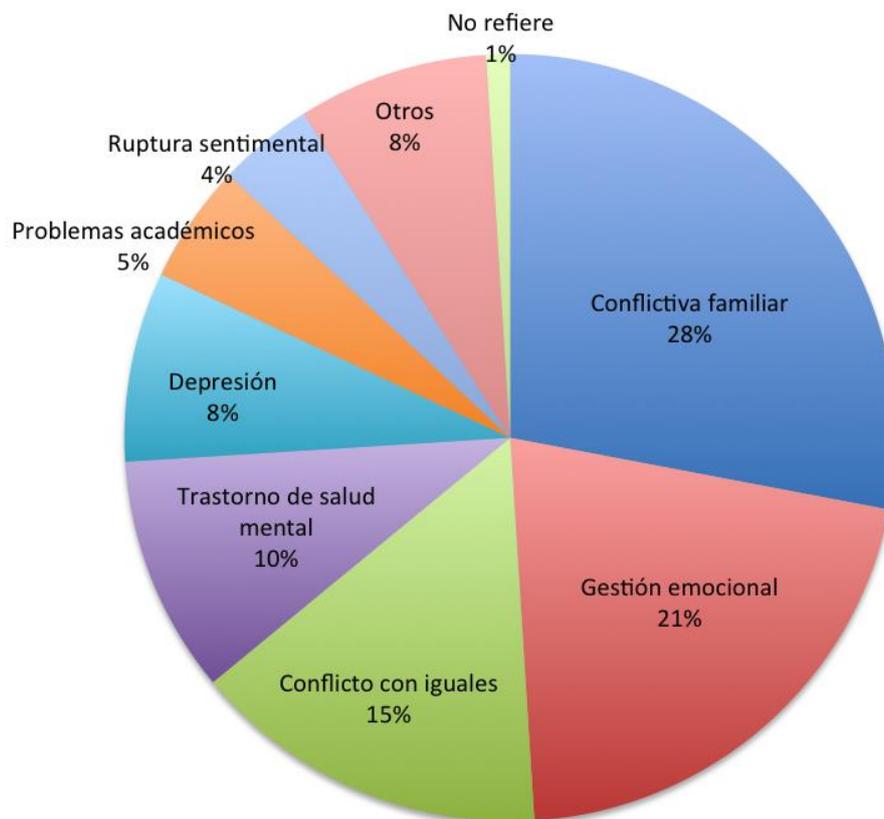
*Método utilizado para la tentativa por sexo*

	<b>Mujeres</b> <b>N=48</b> <b>N (%)</b>	<b>Hombres</b> <b>N=18</b> <b>N (%)</b>	<b>p.</b>
Sobreingesta medicamentosa	45	14	0.019
Ingesta de cáusticos	2	0	
Precipitación	0	2	
Venoclisis	0	1	
Ahorcamiento	0	1	
Otros	1	0	

Por otro lado, se clasificó la conducta suicida en tres categorías según su naturaleza: un 70.7% de la muestra se consideraron conductas derivadas de problemas vitales, conductuales o emocionales de largo recorrido (n= 65), un 16.3% conductas derivadas de trastornos de la salud mental graves (n= 15) y un 13% de los casos fueron

identificados como suicidio de aparición aguda como respuesta a un evento vital estresante (n= 12).

En cuanto al desencadenante de la conducta suicida identificado por el menor, como se muestra en la Figura 1, los predominantes fueron las situaciones de conflicto familiar, con un 28% (n= 26) y los problemas de gestión emocional, con un 21%, siendo estos dos los desencadenantes de casi la mitad de la muestra.



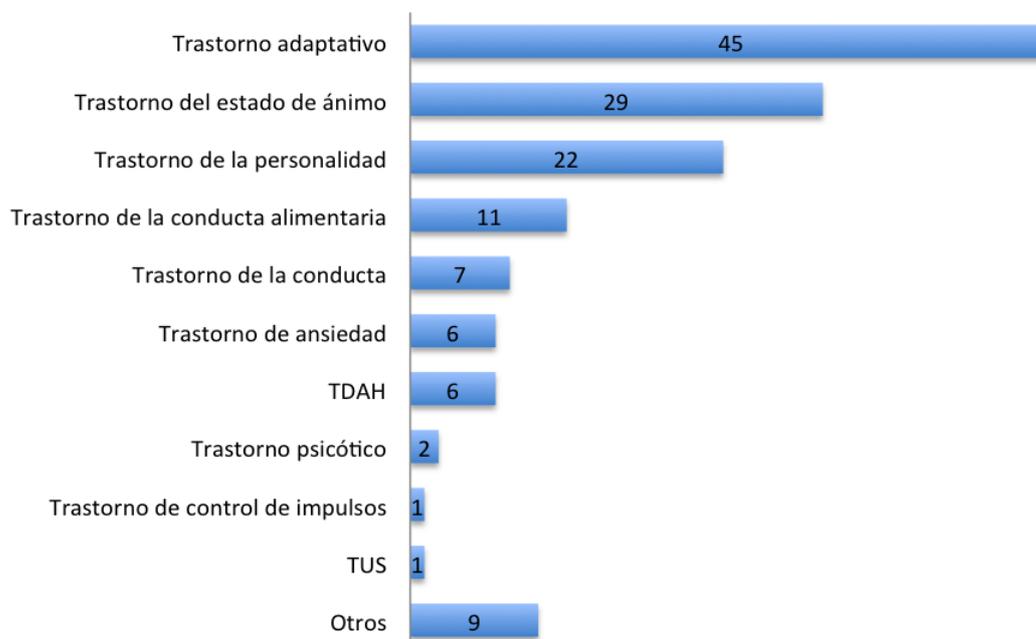
*Figura 1:* Desencadenante de la CS identificado por el paciente

### **Asociación entre antecedentes personales y familiares y el paso al acto**

#### **Antecedentes personales**

Un 71.7% de la muestra presentó antecedentes de diagnóstico psicopatológico (n= 66), un 31.5% comorbilidad (n= 29) y un 26.1% ingresos previos en salud mental (n=24). En la Figura 2 se pueden observar los diagnósticos de los pacientes que

componen la muestra, en su mayoría Trastorno adaptativo (n=45) y Trastorno del estado de ánimo (n=29).



*Figura 2:* Diagnóstico de los pacientes de la muestra

Un 7.6% de la muestra refirió antecedentes de abusos en la infancia (n= 7), y un 32.6% de bullying (n=30). Por otro lado, un 45,7% de la muestra presentaba historia pasada de autolesiones (n= 42). Y un 34,8% de los participantes contaba con episodios de conducta suicida previos al estudiado (n= 32). De estos casos, nueve (9.8%) se trataban de antecedentes de ideación autolítica, mientras que catorce (15,2%) eran de tentativa autolítica. Como se muestra en la Tabla 3, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estas variables entre aquellos que han pasado al acto y los que no.

Tabla 3

*Antecedentes personales por Grupo Tentativa/ Grupo Otras CS (gesto, amenaza o ideación)*

	<b>Grupo Tentativa</b> (n=66) N (%)	<b>Grupo Otras CS</b> (n=26) N (%)	<b>p.</b>
Autolesiones	26 (39.4%)	16 (61.5%)	0.055
Abusos en la infancia	5 (7.6%)	2 (7.7%)	0.985
Bullying	18 (27.3%)	12 (46.2%)	0.082
Conducta suicida previa	22 (33.3%) 12 (18.2%)	10 (38.5%) 2 (7.7%)	0.226
*Tentativa	10 (15.1%)	8 (30.8%)	
*Otra CS			

### **Antecedentes familiares**

Un 72.8% de la muestra contaba con antecedentes familiares de diagnósticos psicopatológicos (n= 67). Además, como se muestra en la Tabla 4, en un 22.8% de los casos (n= 21) hubo episodios de CS en familiares, en un 15.3% de los casos de tentativa autolítica (n= 15), mientras que un 6.5% fueron de suicidio consumado (n= 6). Se encontró una asociación significativa en el tipo de conducta suicida de los familiares y la realización o no de tentativa.

Tabla 4

*Antecedentes familiares de CS por Grupo tentativa/Grupo Otras CS (amenaza, gesto o ideación)*

	<b>Grupo Tentativa</b> <b>N=66</b> <b>N (%)</b>	<b>Grupo Otras CS</b> <b>(Amenaza, gesto o</b> <b>ideación)</b> <b>N=26</b> <b>N (%)</b>	<b>p.</b>
No procede	47 (71.2%)	25 (96.2%)	0.025
Tentativa autolítica	15 (21.2%)	0 (0%)	
Suicidio consumado	5 (7.6%)	1 (3.8%)	

**Comparación de resultados obtenidos en el MACI entre Grupo Tentativa y Grupo Otras CS (amenaza, gesto o ideación).**

Al comparar los resultados obtenidos por ambos grupos (Tentativa/Otras CS) en las diferentes escalas del test MACI, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, como se puede observar en la Tabla 5.

Tabla 5

*Medias, desviaciones estándar y comparación de escalas por Grupo tentativa/Grupo Otras CS (amenaza, gesto o ideación)*

<b>Escala MACI</b>	<b>Grupo Tentativa</b> <b>(N=66)</b> <b>Media (DE)</b>	<b>Grupo Otras CS</b> <b>(amenaza, gesto o</b> <b>ideación)</b> <b>(N=26)</b> <b>Media (DE)</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>p.</b>
Introvertido/a	67,08 (22,28)	80,81 (22,30)	556,50	0,009
Inhibido/a	59,86 (19,067)	70,62 (23,68)	548,00	0,007
Histriónico/a	28,53 (26,17)	16,81 (26,50)	569,50	0,011

Rudo/a	54,95 (20,11)	42,65 (19,21)	568,50	0,012
Inseguridad con los iguales	62,71 (27,89)	79,15 (27,34)	552,00	0,008
Abusos en la infancia	70,33 (22,97)	84,42 (19,75)	563,50	0,011
Afecto depresivo	74,56 (24,00)	85,54 (24,88)	619,50	0,038
Tendencia al suicidio	72,58 (21,57)	89,12 (20,20)	513,00	0,003

---

En cuanto a las escalas que miden rasgos de personalidad, el grupo de pacientes que realizaron una tentativa obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores respecto al grupo que realizó otras CS en Introvertido/a ( $p=0.009$ ) e Inhibido/a ( $p=0.007$ ), y puntuaciones significativamente superiores en Histriónico/a ( $p=0.011$ ) y Rudo/a ( $p=0.012$ ). Respecto a las escalas de preocupaciones expresadas obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores en Inseguridad con los iguales ( $p=0.008$ ) y Abusos en la infancia ( $p=0.011$ ). En las escalas de síndromes clínicos las puntuaciones de aquellos que realizaron una tentativa autolítica resultaron ser significativamente inferiores frente al grupo de otras CS en Afecto depresivo ( $p=0.038$ ) y Tendencia al suicidio ( $p=0.003$ ).

### Discusión

Los objetivos planteados en el presente estudio han sido determinar las características de la conducta suicida en la población adolescente actual y estudiar las diferencias a nivel de antecedentes y personalidad entre aquellos que han pasado al acto (Grupo Tentativa) y aquellos que no (Grupo Otras CS), para así ayudar en la

delimitación del perfil de pacientes con mayor riesgo de pasar al acto y proponer estrategias de prevención e intervención.

Los resultados obtenidos en cuanto a características de la CS reflejan que, acorde con lo que Canetto y Sakinofsky denominaron como “la paradoja del género” en 1998, la prevalencia de conductas suicidas sin resultado mortal fue mayor en mujeres que en hombres, al contrario de los datos sobre suicidio consumado.

Casi el total de los pacientes que realizaron una tentativa autolítica utilizaron el método de la sobreingesta medicamentosa. Resultado acorde con la literatura acerca de la CS en población adolescente y que refuerza la particularidad de la CS en adolescentes respecto a la realidad adulta, en la cual dicho método resulta muy minoritario. Resultan relevantes también los resultados obtenidos para el resto de metodologías; a pesar de ser muy pocos los pacientes que las han llevado a cabo, confirman una vez más la diferencia entre géneros. Según la literatura, las mujeres utilizan métodos menos violentos que los hombres, en su mayoría prefieren métodos más silenciosos y pasivos (Pérez, 2009). Esta diferencia se puede observar en la tabla 2, donde los métodos violentos como el ahorcamiento, la venoclisis o la precipitación solo han sido utilizados por hombres, mientras que la ingesta de cáusticos exclusivamente por mujeres. Esto refleja cómo los hombres eligen métodos más letales, lo que explica la paradoja de género, haciendo más probable el resultado mortal en ellos, mientras que las mujeres recurren a métodos que permiten una intervención que evite el resultado mortal. Este resultado evidencia también la diferencia existente entre los pacientes que realizan tentativas autolíticas y la que comete suicidio consumado, ya que, según la estadística de defunciones por causas de muerte del INE en 2018 la causa mayoritaria de muerte por suicidio en jóvenes fue la precipitación, seguida del ahorcamiento, a diferencia de los datos sobre tentativas, como podemos comprobar en el presente estudio.

También resultan de gran relevancia los resultados obtenidos en cuanto a la naturaleza de la CS. Estos nos indicaron que la gran mayoría de CS tuvieron lugar tras una situación de malestar de largo recorrido, por lo que podemos concluir que probablemente, en muchos de los casos, con una mejor atención podría haberse identificado y prevenido el desarrollo de la CS. Además, muchos de los pacientes de la muestra habían sido previamente diagnosticados o incluso ingresados en salud mental, lo cual evidencia la necesidad de una mejora en las estrategias de prevención de CS e identificación de pacientes en riesgo por parte de los profesionales sanitarios.

¿Cómo debería llevarse a cabo esta prevención? Los resultados en cuanto al desencadenante identificado por el paciente para la CS nos aportan ciertas claves sobre la dirección que se debería seguir: como se muestra en la figura 1, más de la mitad de la muestra atribuye la realización de la CS a conflictivas relacionales y problemas de gestión emocional. Esto sigue la línea de la literatura anteriormente mencionada que habla de la gran importancia de las relaciones en la etapa de la adolescencia (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012). Por ello, es necesario, como método de prevención, potenciar las estrategias de gestión emocional y de conflictos en la población adolescente general, con especial intensidad en población clínica por tener un mayor riesgo.

Las anteriores son estrategias para evitar que llegue a desarrollarse la CS, pero ¿cómo actuamos una vez ha tenido lugar la CS? Una parte muy importante es valorar el riesgo que existe de que el paciente pase de la ideación al acto en el caso de que no lo haya hecho, o de que vuelva a hacer una tentativa en el caso contrario. Por ello resulta útil la investigación en este sentido: ¿qué características diferencian a aquellos que han pasado al acto de los que no? ¿Qué características tienen aquellos que han cometido más de una tentativa? De esta forma podremos identificar predictores o señales que nos

indiquen qué tipo de pacientes tienen un mayor riesgo de cometer una tentativa. En este caso, por la muestra de la que disponemos, nos centraremos en contestar a la primera pregunta.

Partiendo de la Teoría de los tres Pasos de Klotska y May (2015), era de esperar que aquellos pacientes que hubiesen realizado un intento autolítico contasen con más antecedentes personales de abusos, bulliyng, autolesiones y CS previa, ya que esta teoría habla de una correlación entre estos antecedentes y el paso de la ideación al acto. Sin embargo, en nuestra muestra, como se puede observar en la tabla 4, no solo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, sino que en algunos casos el grupo que no ha pasado al acto refiere más antecedentes personales que el grupo que ha realizado una tentativa. Esto puede deberse a que el estudio de estos autores se probó en pacientes mayores de edad: es posible que en adolescentes y jóvenes estos antecedentes todavía no hayan hecho que se desarrolle en el individuo la “capacidad de suicidio”. También podría explicarse por algunos casos en los que el adolescente haya sufrido abusos, pero no lo haya comunicado.

Sin embargo, sí que se encontró una asociación significativa entre el paso al acto (Grupo Tentativa) y la presencia de antecedentes de CS en la familia, como se muestra en la tabla 4. Este resultado sigue la línea de la Teoría de los tres Pasos, la cual habla de un incremento de la capacidad de suicidio mediante experiencias de exposición a la muerte y a la conducta suicida.

Por otro lado, se encontraron ciertas diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados obtenidos por ambos grupos en el Inventario Clínico para Adolescentes (MACI) (Millon, 1993), tanto a nivel de rasgos de personalidad, como de preocupaciones expresadas y síndromes clínicos.

En cuanto a rasgos de personalidad, se observó que el grupo que ha pasado al acto muestra una personalidad más extrovertida, desinhibida, histriónica y ruda. Según el manual del MACI, estas puntuaciones indican que frente al resto de pacientes el Grupo Tentativa muestran más emociones y necesidad de afecto, tienen una mayor capacidad de expresar tanto el dolor como el placer y son más sociables (Introversión). También muestran menos incomodidad en las relaciones con los otros, menos sentimiento de soledad y más confianza en el otro (Inhibición). Por otro lado, nos indica que este grupo de pacientes por lo general son más habladores, más exhibicionistas o emocionalmente expresivos, con tendencia a mantener relaciones breves pero intensas y búsqueda de nuevas experiencias y excitación (Histriónico). También indica que tienen una mayor tendencia a dominar y abusar de los otros, son más directos y menos amables (Rudo). Hay que tener en cuenta que estos resultados no nos hablan de los rasgos característicos en este grupo de pacientes, sino que son los rasgos que les diferencian del resto de la muestra. Según nuestra hipótesis, podrían ser los rasgos de personalidad que contribuyen a la capacidad de suicidio, actuando como mediadores entre la ideación y el acto.

En cuanto a preocupaciones expresadas, estos pacientes puntúan significativamente más bajo que el resto de la muestra en la escala de inseguridad con los iguales, lo que indica una menor búsqueda de aprobación, o menor sentimiento de tristeza por la no aprobación. Por otro lado, en contra de lo esperado según la literatura, pero acorde con los resultados obtenidos en cuanto a antecedentes personales, también obtienen puntuaciones inferiores en la escala de abusos en la infancia. Esta escala refleja sentimientos de vergüenza o disgusto por haber estado sometido a abusos verbales, físicos, o sexuales por parte de personas de su entorno. Es un resultado que no podemos afirmar con seguridad ya que los abusos tienen que ser referidos por el paciente, y hay

que tener en cuenta, como hemos mencionado anteriormente, que en ocasiones pueden haberlo vivido, pero no haberlo comunicado.

En cuanto al apartado de síndromes clínicos, el Grupo Tentativa puntúa más bajo en la escala de afecto depresivo, lo que indica que frente al otro grupo han sufrido menor disminución de la actividad, menor sentimiento de culpa y fatiga. Por último, en contra de lo esperado, también obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en la escala de tendencia suicida, lo cual nos dice que admiten menos la presencia de ideación y planes suicidas, y un menor sentimiento de falta de valor y de objetivos. Esto puede deberse a que las puntuaciones dependen de lo que el adolescente expresa y no de lo que realmente piensa y siente, por lo que podemos plantear que en el grupo que ha pasado al acto hay una menor expresión de los planes suicidas.

#### Conclusiones:

- 1) Acorde con la paradoja de género, encontramos en el grupo de mujeres una prevalencia de tentativas autolíticas y la utilización de métodos más pasivos.
- 2) En cuanto a los desencadenantes, prevalecen los problemas relacionales y de gestión emocional, por lo que proponemos potenciar la prevención en este sentido.
- 3) La correlación entre antecedentes personales y el paso al acto no ha resultado concluyente, por lo que resultaría interesante continuar investigando en esta dirección, para encontrar las particularidades de la “capacidad de suicidio” en la etapa de la adolescencia.
- 4) Si que se encontró una asociación significativa entre CS en familiares y el paso al acto, resultado que refuerza la presencia de este antecedente como indicador de riesgo de tentativa.

- 5) Ciertas escalas del MACI podrían actuar también como predictores de un alto riesgo.

#### Limitaciones:

Por un lado, es un estudio realizado con una muestra pequeña. Además, no se ha realizado un control a largo plazo, lo cual podría resultar útil para comprobar qué parte del grupo que no había pasado al acto lo hace en un futuro.

También hay que tener en cuenta que algunas tentativas podrían ser “suicidios simulados sin firme intención de muerte”, por lo que en el presente estudio estamos hablando de realizar tentativas y no de suicidio consumado, realidades distintas, ya que no hemos medido la intención de letalidad de los pacientes de la muestra.

#### Referencias

- Aguirre, G. L. (2004). MACI Inventario Clínico para Adolescentes de Millon. *Manual*. Madrid: TEA.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., y Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Bursztein, C., y Apter, A. (2009). Adolescent suicide. *Current opinion in psychiatry*, 22(1), 1-6
- Cabeza, F. V. (2018). *Factores de riesgo en la conducta suicida en la adolescencia* (Doctoral dissertation, Universitat Autònoma de Barcelona).
- Canetto, S. S., y Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.

- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., y Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250.
- Fundación española para la prevención del suicidio. (2017) *Informe del observatorio del suicidio en España 2017*. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>
- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P., y Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16(6), 969-979.
- Grupp-Phelan, J., McGuire, L., Husky, M. M., y Olfson, M. (2012). A randomized controlled trial to engage in care of adolescent emergency department patients with mental health problems that increase suicide risk. *Pediatric emergency care*, 28(12), 1263-1268.
- Hawton, K., Saunders, K. E., y O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382.
- Instituto Nacional de estadística [INE]. Defunciones según la causa de muerte. [revista electrónica] 2018. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2018.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf)
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- McIntosh, J. L., y Drapeau, C. W. (for the American Association of Suicidology). (2014, June 19). U.S.A. suicide 2011: Official final data. Washington, DC:

American Association of Suicidology. Retrieved from

[http://www.suicidology.org/c/document\\_library/get\\_file?folderId248&nameDLFE-941.pdf](http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId248&nameDLFE-941.pdf)

Millon, T. (1993). *Millon adolescent clinical inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., y De Graaf, R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.

Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70(3), 300-310.

Paschall, M. J., y Bersamin, M. (2018). School-based health centers, depression, and suicide risk among adolescents. *American journal of preventive medicine*, 54(1), 44-50.

Pérez, S. (2009). La salud mental de las personas jóvenes en España. *Revista de estudios de juventud*, 84, 126-143.

Thompson, M., Kuruwita, C., y Foster, E. M. (2009). Transitions in suicide risk in a nationally representative sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(5), 458-463.

World Health Organization. (2 de septiembre, 2019). *Suicide*. Disponible en:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. WHO