

Índice de ideación suicida en l@s adolescentes navarr@s

Alex Simón Cabodevilla* / Emilio Garrido Landívar*

Objetivos de la investigación

El principal objetivo de nuestra investigación es mostrar la realidad del suicidio, desde los pensamientos más profundos del mundo del adolescente. Especificar que el deseo de la propia muerte también tiene un sentido para el adolescente; y que este sentido está inmerso en una pluralidad de factores sociales, políticos, religiosos y culturales que integran esa misma realidad en la que les toca vivir.

De este objetivo general, se especifican los siguientes: considerar al suicidio como grave epidemia de salud pública, siendo la ideación suicida factor relevante para determinar niveles clínicos patológicos significativos. Por otro lado; demostrar que la adolescencia puede considerarse como la etapa más crítica de padecer comportamientos suicidas en general, y por lo tanto de sufrir ideación suicida, mediante los resultados de la presente investigación.

1. Introducción. Estado de la cuestión

Los datos epidemiológicos más significativos, entre la multitud de fuentes estudiadas, que nos muestran la relevancia del suicidio pueden ser:

Para la OMS (2004) el suicidio es la causa de casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares. En Europa y Norteamérica, en

* Dpto. de Psicología. Universidad Pública de Navarra.

edades comprendidas entre 15-25 años, es considerada la 3ª causa de muerte en varones y 9ª en mujeres. Las estimaciones realizadas indican que en el 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Tasas de suicidio triplicado en los últimos años.

Según Buendía (2004), puede considerarse como la segunda causa de muerte, después de los accidentes entre los sujetos de 15-24 años. En España 1.000 jóvenes (15-24 años) se suicidan anualmente. Tasas de suicidio triplicado en los últimos años. Tentativas 9-11% (15-24 años). Consumado 5,7 por cien mil habitantes, más frecuente en chicos.

Por lo tanto, el suicidio es uno de los más graves problemas de salud pública que demanda mayor atención, en el campo de la prevención, sobre todo cuando se trata de personas que pertenecen a grupos considerados de alto riesgo.

Terminología

Recogiendo la diversidad de fuentes bibliográficas, fundamentalmente el manual de Bobes y Saiz, entre otros (2004), los comportamientos relacionados con el suicidio pueden dividirse: en actos suicidas con existencia de *intención* de matarse, también recogidos por Further (2001); o actos *con independencia de la intención* o llamados por la OMS (1969), *comportamientos instrumentales* relacionados con el suicidio.

El suicidio, para Durkheim y la OMS, puede considerarse como todo caso de muerte o todo acto suicida que tiene como resultado la muerte, a diferencia de la tentativa, intento de suicidio y/o parasuicidio, donde no hay una intencionalidad clara de suicidio. Así para Durkheim sería el mismo acto que el suicidio pero detenido (antes que de resultado la muerte). Para la OMS (1969) el acto suicida cuyo resultado no es la muerte.

Ruiz Hernández (2001) define al *suicidio pasivo* o consumado indirecto como los accidentes con resultado fatal por actos temerarios y arriesgados y también como una actitud de total indiferencia hacia la vida. La intencionalidad queda frustrada, ya que no muere el sujeto por motivos ajenos a su voluntad. Concretamente, son aquellos actos donde existe intencionalidad de morir, como las tentativas de suicidio con lesiones, o los intentos finalistas o frustrados donde el sujeto no muere por motivos ajenos a su voluntad.

Por último, nuestro campo de estudio se centra en el último comportamiento suicida: la *ideación suicida*, que debe ser considerada como factor de riesgo de una tentativa suicida y del suicidio según los distintos autores estudiados. En todos ellos hay, claramente, existencia de una idea para acabar con la vida propia de uno mismo, siendo indicador de riesgo de suicidio.

Así por ejemplo, Buendía (2004) entiende por ideación suicida como: aquella parte importante del comportamiento suicida que puede ir desde pensamientos fugaces “no vale la pena vivir”, hasta intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, llegando a planes explícitos para matarse.

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 planeación y la preparación; por la ejecución del intento hasta llegar a su consumación. Further la define como cualquier manifestación del sujeto que exprese el pensamiento de llevar a cabo un comportamiento relacionado con el suicidio. Beck, Steer y otros (1985); el sujeto, persistentemente, piensa, planea o desea cometer suicidio.

2. Material y método

Muestra

Muestra seleccionada al azar, de chicos y chicas de 3º ESO, 4º ESO y 1º Bachiller, de una localidad de la Zona Media de la población Navarra. Edades comprendidas entre 14 y 18 años. La muestra ha sido dividida en 2 grupos de 50 alumn@s según los instrumentos de medida pasados: *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. *Professional Manual* de William, M. y Reynolds, Ph.D. y *The Suicide Probability Scale (SPS)* de John G. Cull, Ph. y Wayne S. Gill, Ph.D. Ver tabla 1, apartado 7.

Método

En nuestra investigación, presuponemos la ideación como factor relevante para determinar niveles clínicos patológicos significativos en una pequeña muestra de adolescentes navarros. Para la discusión de los resultados, valoraciones y conclusiones finales se estudió muchas fuentes bibliográficas de referencia universal; algunas de las más importantes están seleccionadas y recogidas en la bibliografía.

El método ha consistido fundamentalmente en la pasación de los instrumentos de medida en un instituto de enseñanza secundaria, la posterior corrección siguiendo las baremaciones de cada instrumento y la realización del análisis estadístico en términos de porcentaje.

Análisis de los Instrumentos de medida

1. *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. *Professional Manual* de William, M. y Reynolds, Ph.D., en sus dos formas: JR (15 ítems) chicos/as de 3º ESO y HS (30 ítems) chicos/as de 4º ESO y 1º bachiller. Mide el índice del nivel clínico psicopatológico de ideación suicida en adolescentes. Referido a una posterior evaluación sobre un posible cuadro psicopatológico significativo y riesgo de suicidio. En estudios a gran esca-

la (muestreo por grupos), la puntuación límite o el umbral de puntuación (corte) se sitúa en 30 Raw Score (RS) para el HS y 23 para el JR. Percentil equivalente a 84. La puntuación 21 (RS) en el JR se ha considerado como aproximación y por lo tanto también como probablemente significativa.

El test también permite hacer un seguimiento pormenorizado de los perfiles. Para ello establece ítems críticos, de tal manera que obtener una puntuación de 5 ó 6 en 3 ó más de los mismos en el HS, y de 2 ó más en el JR, estaría considerado como índice significativo de ideación suicida. Se interpreta que los sujetos piensan activamente en el suicidio, necesitando una valoración individual y pormenorizada de cada caso.

2. *Suicide Probability Scale (SPS)*. John G. Cull, Ph. y Wayne S. Gill, Ph.D. Para adolescentes a partir de 14 años, independientemente del sexo, edad y curso. Mide la pertenencia al grupo de individuos de los que podrían realizar un intento de suicidio. Los principales factores medidos son: *desesperanza*, en el que incluye al cuadro depresivo como factor de riesgo; *hostilidad*, entendida como comportamiento impulsivo y agresivo hacia los objetos y las personas con tendencia al aislamiento social; *ideación suicida*, considerada como factor de riesgo de una posible tentativa y por último, *baja autoestima*, como la valoración personal negativa que cada uno tiene del conjunto de conceptos respecto de sí mismo y su persona.

La prueba contiene 36 frases con distintos pensamientos, y tienen que señalar la frecuencia en cada uno de ellos (desde nunca/poco tiempo a casi todo el tiempo). Las puntuaciones totales se reflejan en el Total Weighted Score y tienen sus equivalencias en T-Score y Probability Score, en referencia con la T-Score y la clasificación recogida en la tabla 2 (ver apartado 7).

En términos generales: puntuación de 50 T, puntuación media no significativa. Puntuación correspondiente a una (60 T o >) evidencia la necesidad de considerar los casos, niveles de precaución, que demanda una evaluación clínica posterior y pormenorizada, correspondiente a un nivel clínico significativo. Puntuación (70 T o >), considerada altamente significativa por las fuertes evidencias suicidas situada en 2 desviaciones por encima de la media. Puntuación muy baja la correspondiente (40 T o <) con indicación de que probablemente, los sujetos necesitarían de un seguimiento individual porque minimizan el potencial suicida.

En la corrección hemos empleado, siendo fieles en todo momento a las instrucciones del manual, la 60 T como umbral o puntuación de corte, siendo el umbral aproximado la T >58. Dentro de los principales factores, se ha considerado la 65 T como aproximación al umbral de los mismos, siendo la T 70 la equivalencia a un índice altamente significativo.

3. Resultados (ver tablas 3 y 4 apartado 7)

Podemos realizar en primer lugar la siguiente apreciación, considerando que las dos pruebas psicométricas miden distintas variables ya especificadas.

En el SIQ, 9 sujetos en total, sobre 50, llegarían a ese nivel clínico porque su percentil se situaría entre un 84 y un 99,5 de entre estos, tienen un percentil muy alto entre 91 y 99, que indicarían un nivel muy significativo de psicopatología que conlleva un alto riesgo suicida. Concretamente en el grupo de 3º B (PC 91 y 93); en 4º B (PC 94); y 1º Bch A (PC 96 y 98).

En el SPS, 34 alumn@s de entre 50, serían significativos para considerarlos dentro de ese grupo de riesgo de padecer un intento de suicidio. 35 sujetos tienen al menos un factor significativo entre los siguientes, tanto por aproximación como por superar el punto de corte: desesperanza, ideación suicida, baja autoestima y hostilidad o agresividad.

Considerando el total de 34; 32 sujetos se integran en el potencial de suicidio grave o moderado, pero no extremo. Requieren de precauciones generales o examen clínico en una observación más avanzada, con un aumento de la cercanía del apoyo del medio. Dos sujetos minimizan el potencial suicida propio ($T \leq 40$), de tal manera que necesitarían de entrevistas clínicas para determinar el nivel de intervención más adecuado. Esa intervención necesitaría de una psicoterapia posterior y/o seguimiento. Siete sujetos se sitúan ligeramente inferior al punto T de corte 60, siendo la $T > 58$.

En una segunda apreciación, por lo tanto, obtendríamos un total de 43 sujetos de alto riesgo (sumadas ambas muestras SIQ y SPS), que necesitarían una segunda evaluación clínica y ayuda psicológica. Esos 43 sujetos equivalen al 43% del total de la muestra.

Es necesario considerar que la prueba SPS (como ya indicamos) no mide riesgo de padecer suicidio o de realizar un intento, sino la probabilidad de considerar a esos sujetos como “posibles” en la pertenencia a un grupo de padecer intentos de suicidio. Se incluyen, entre la muestra total SPS, los sujetos por aproximación (7 de los 34) que no llegarían a ese punto de corte T. También alumn@s que minimizan el potencial suicida y que es necesario, siguiendo las indicaciones del manual, considerarlos para posteriores evaluaciones, por el riesgo que implica (2 de los 34).

En la muestra total SIQ, hay 2 sujetos que se aproximan al punto de corte. Total de sujetos incluidos 11 tanto por aproximación, como por minimización del propio potencial suicida. Todos estos chicos y chicas (en total) necesitarían una segunda evaluación clínica con un análisis pormenorizado de los pensamientos suicidas y la probabilidad de padecer alguna psicopatología.

Estableciendo otra posible interpretación por eliminación, tercera apreciación, de los chic@s tanto por aproximación como por minimizar su propio potencial de riesgo, y ajustándonos literalmente a los puntos de corte entre ambas pruebas, quedarían 32 sujetos. El porcentaje sería 32%. Este porcentaje lo consideramos el más ajustado para hacer la posterior discusión de resultados.

Por último, podemos llegar a realizar una cuarta apreciación, diferenciando entre los porcentajes obtenidos, sobre el total de 43 sujetos de alto riesgo; en referencia a la variable sexo: masculinos 17 entre los considerados chicos de riesgo, en ambas

pruebas: 39,53%. Femeninos 26 consideradas también de riesgo, en ambas pruebas: 60,46%. Diferencia significativa a favor del sexo femenino.

Haciendo una distribución minuciosa por factores medidos en el SPS:

Total desesperanza = 8 correspondiente al 16% (4 masculinos y 4 femeninos; 50% m. y f.). Total ideación = 8 correspondiente al 16% (2 masculinos y 6 femeninos; 25% m. y 75% f.). Total baja autoestima = 6 correspondiente al 12% (2 masculinos y 4 femeninos; 33,3% m. y 66,6% f.). Total hostilidad = 13 correspondiente al 26% (3 masculinos y 10 femeninos; 23,07% m. y 76,92% f.).

Factores donde hay una diferencia muy significativa por encima del 50% a favor del sexo femenino: ideación suicida y hostilidad. Factor significativo, con una diferencia del doble de porcentaje entre sexos a favor del femenino: baja autoestima. No hay diferencias entre los sexos en el factor desesperanza. Factor más representativo la hostilidad (13 sujetos del total 35).

4. Discusión de resultados

Porcentaje aproximado a las tasas de ideación en los siguientes estudios: Ruiz Hernández, J.A. (2001) y Buendía (2004): adolescentes 14-18 años (986). Institutos de Murcia: 488 son hombres y 496 mujeres. El 29,47% de los adolescentes tienen ideación suicida: casi 1 de cada 3 adolescentes valora la posibilidad de quitarse la vida como una forma de afrontar sus problemas o sus situaciones personales, aunque sólo el 5,49% del total presenta un deseo moderado-alto de suicidarse.

Villardón Gallego, L. (1993): el 44% de los adolescentes entrevistados referían haber pensado en la ideación suicida en algún momento de su vida, aunque el 10% era ideación seria.

Groholt, B. y otros (1998) Noruega: datos comparativos entre 14 chicos, menores de 15 años, con intentos previos; con 115 adolescentes entre 15 y 19 años y un grupo control de 889. Resultados: adolescentes <15 años, el 7% sufren ideación suicida. En otro grupo de adolescentes con edades comprendidas entre 15<20, padecen ideación suicida el 39%.

Evans, W. y otros (1996): 1196 estudiantes de Nevada (medio rural). Encuestas para evaluar los factores de riesgo y protectores. El 37% había pensado en acabar sus vidas 30 días antes.

5. Conclusiones

En referencia con el primer instrumento de medida: SIQ: 9 sujetos en total, sobre 50, llegarían a ese nivel clínico porque su percentil se situaría entre 84 y 99,5, entre estos, tienen un percentil muy alto, situado en el intervalo 91-99, que indicarían un nivel muy significativo de psicopatología que conlleva alto riesgo suicida. Dos sujetos se incluyen por aproximación al punto de corte.

En referencia con el segundo instrumento: SPS. El factor más representativo es la hostilidad, siendo en 13 sujetos el factor más significativo de un total de 50. Correspondiente al 26%, 3 masculinos y 10 femeninos.

Treinta y cuatro sujetos de entre 50, serían significativos, para considerarlos dentro de ese grupo de riesgo. Tienen al menos un nivel significativo, entre los 4 factores antes enumerados, tanto por aproximación, como por superar el punto de corte.

Treinta y dos de ellos, se integran en el potencial de suicidio grave o moderado pero no extremo. Requieren de precauciones generales o examen clínico posterior y pormenorizado. Dos de ellos minimizan el potencial suicida propio y 7 se sitúan ligeramente inferior al punto de corte (9 de 34). Por eliminación, el número más aproximado para considerarlos de riesgo significativo sería 25.

Por lo tanto, haciendo una apreciación globalizada, obtendríamos 43 sujetos de alto riesgo (sumadas ambas muestras SIQ y SPS), que necesitarían una segunda evaluación clínica y ayuda psicológica. Estableciendo una interpretación por eliminación, incluidas ambas muestras, de los chicos y chicas tanto por aproximación como por minimizar su propio potencial de riesgo, y ajustándonos literalmente a los puntos de corte, quedarían 32 sujetos.

El porcentaje sería 32% de adolescentes que necesitarían una evaluación posterior por padecer índices significativos de ideación suicida.

6. Conclusiones generales

1. Lo que hemos pretendido es demostrar la importancia de la ideación suicida como factor significativo de predicción de comportamientos suicidas, en una muestra de adolescentes navarr@s. Por lo tanto:
2. Considerar a la adolescencia como una de las etapas más críticas de padecer comportamientos suicidas en general y de sufrir ideación suicida. Esta conclusión queda fundamentada en los resultados obtenidos en nuestro estudio. De esta manera:
3. Mostrar el índice significativo del 32% de adolescentes de nuestra Comunidad Foral de Navarra, que necesitarían posteriores evaluaciones clínicas por sufrir altos índices de ideación suicida.
4. Entre los factores estudiados asociados al comportamiento suicida, según la fiabilidad y validez del instrumento de medida SPS, es la *hostilidad* el más significativo, entendida como comportamiento impulsivo y agresivo hacia los objetos y las personas, con tendencia al aislamiento social. Así lo reflejan los datos de nuestro estudio, siendo en 13 adolescentes el factor más significativo de un total de 50. Correspondiente al 26%, 3 masculinos y 10 femeninos.
5. Por último; mostrar el factor donde hay una diferencia significativa por encima del 50% a favor del sexo femenino: nuestra variable de estudio, la ideación suicida.

7. Previsiones de futuro

Lo que pretendemos es reflejar, en una muestra de 1.000 adolescentes de nuestra Comunidad Foral, la correlación entre las siguientes variables: ideación suicida, perfil personal (en estudio con rasgos personales como egocentrismo, introversión) y depresión clínica.

Los instrumentos de medida van a ser: *Inventario clínico para adolescentes* de Millon (MACI), *Cuestionario de Depresión* de Beck, y el manual ya experimentado en este primer estudio: *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ) de William, M. y Reynolds.

Por lo tanto queremos encontrar por aproximación, el índice de ideación suicida significativo en nuestra comunidad Foral de Navarra, y cuál/es podrían ser las variables asociadas más significativas.

8. Tablas

Tabla 1
Muestra

| SIQ | | SPS | |
|-----|----------------|-----|----------------|
| 18 | 3º B ESO (JR) | 16 | 3º A ESO |
| 17 | 4º B ESO | 16 | 4º C ESO |
| 15 | 1º Bachiller A | 18 | 1º Bachiller D |
| 50 | Total | 50 | Total |

Tabla 2
Análisis instrumento SPS

| <i>Probability Score</i> | <i>Grado de riesgo</i> | <i>Nivel de intervención</i> |
|--------------------------|------------------------|---|
| 75-100 | Severo | Precaución de suicidio extremo. Hospitalización inmediata y apoyo con una persona que no puede dejarla sola/o. Medicación psicotrópica |
| 54-74 | Moderado | Potencial de suicidio grave pero no extremo. Requiere de precauciones generales u hospitalización para una observación más avanzada del paciente; o sin ingresar, pero con un aumento de la cercanía del apoyo del medio. |
| 25-49 | Medio | Algo de potencial suicida aunque puede generalizarse como depresión sin una ideación propiamente suicida. Entrevistas clínicas para determinar el nivel de intervención más adecuado. Esa intervención necesitaría de una psicoterapia. Necesario trabajar con otros individuos para identificar señales clínicas de riesgo. Medicación posible pero no probable. |
| 0-24 | Subclínico | Riesgo por debajo del seguimiento, considerado normal. Intervención de algún caso suelto si llegase el caso para ello. |

Tablas 3 y 4

Resultados

Prueba pasada SIQ JR y HS [N=50]

| <i>Grupo</i> | <i>Signific.</i> | <i>Total</i> | <i>M</i> | <i>F</i> |
|--------------|------------------|--------------|----------|----------|
| 3° B | 4 | 18 | 3 | 1 |
| 4° B | 3 | 17 | 2 | 1 |
| 1° A | 2 | 15 | 1 | 1 |

Total 9 correspondiente a un 18%.

Masculinos 6 correspondiente al 66,6%.

Femeninos 3 correspondiente al 33,3%.

2 sujetos incluidos como significativos por aproximación.

| | | Prueba pasada SPS [N=50] | | | | | | |
|--------------|-----------------|--------------------------|----------|----------|-------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| <i>Grupo</i> | <i>Signific</i> | <i>Total</i> | <i>M</i> | <i>F</i> | <i>Desesperza</i> | <i>Ideación</i> | <i>Bja. aut.</i> | <i>Hostilid</i> |
| 3º A | 13 | 16 | 6 | 7 | 1 | 3 | 1 | 3 |
| 4º C | 11 | 16 | 4 | 7 | 4 | 2 | 3 | 5 |
| 1º D | 10 | 18 | 1 | 9 | 3 | 3 | 2 | 5 |

Total significativos = 34 correspondiente al 68%.
 Total masculinos = 11 correspondiente al 22%.
 Total femeninos = 23 correspondiente al 46%.
 Total desesperanza = 8 correspondiente al 16%.
 Total ideación = 8 correspondiente al 16%.
 Total baja autoestima = 6 correspondiente al 12%.
 Total hostilidad = 13 correspondiente al 26%.

Bibliografía

- Bobes, J.; Saiz, P.A. (04): *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona, Ars Médica.
- Bonner, R.; Rich, A. (88): "A prospective investigation of suicidal ideation among college students", *Suicide Life Threat Behav.* (18): 245-258.
- Buendía, J.; Riquelme, A.; Ruiz, J.A. (04): *El Suicidio en Adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Universidad de Murcia.
- Durkheim, E. (85): *El suicidio*. Torrejón de Ardoz, Akal/Universitaria.
- Evans, W. *et al.* (96): "Rural Adolescent views of Risk and Protective Factors Associated with Suicide", *Crisis intervention and time limited treatment*, vol. 3, nº 1, pp. 1-12.
- Further, G. (01): "Comments on the nomenclature for suicide related thoughts and behavior". *Suicide Life Threat Behav.* 31: 324-235.
- Groholt, B. *et al.* (98): "Suicide Among Children and Younger and Older Adolescents in Norway: A Comparative Study", *J.Acad.Child. Adolesc. Psychiatry*, 37:5.
- John G. Cull, Ph. y Wayne S. Gill, Ph.D (88): *Suicide Probability Scale (SPS)*. Los Angeles [California], Western Psychological Services.
- OMS (04): *Suicide huge but preventable public health problem, says WHO*. World Suicide Prevention Day-10 September. Web www.oms.com/who.int.
- OMS (69): *Prevención del suicidio*. Cuadernos de Salud Pública, nº 35. Ginebra.
- Ruiz Hernández, J.A. (01): *Factores de estrés en adolescentes. Un estudio sobre las implicaciones del estrés en la sintomatología depresiva y el comportamiento suicida en los adolescentes murcianos*. Universidad de Murcia, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
- Villardón Gallego, L. (93): *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao, Universidad de Deusto.
- William, M.; Reynolds, Ph.D. (88): *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. Professional manual. Los Angeles [California], Psychological Assessment Resources.

ABSTRACTO:

Ideación suicida: variable que determina niveles clínicos patológicos significativos en una pequeña muestra de adolescentes navarros (100 chicos y chicas de una localidad de la Navarra media). Muestra seleccionada al azar, de chicos y chicas de 3º de ESO, 4º ESO y 1º de Bachiller. Edades comprendidas entre 14 y 18 años.

Instrumentos de medida: *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. *Professional Manual* de William, M. y Reynolds; *Suicide Probability Scale (SPS)* de John G. Cull y Wayne S. Gill. Resultado: 32 adolescentes navarr@s que necesitan una evaluación posterior por padecer índices significativos de ideación suicida.

ABSTRACT:

Suicidal Ideation: variable in the determination of pathological levels in a small random simple adolescents from Navarra (100 boys and girls aged 14-18 years).

Measurement instruments: *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)*. *Professional Manual*/by William, M. and Reynolds; *Suicide Probability Scale (SPS)* by John G. Cull and Wayne S. Gill. Outcome: 32 adolescents from Navarra who need a future research because they have significant levels of suicidal ideation.