

Francisco Villar-Cabeza<sup>1,3</sup>  
Enrique Esnaola-Letemendia<sup>1</sup>  
Tomás Blasco-Blasco<sup>3</sup>  
Tania Prieto-Toribio<sup>1</sup>  
Mireia Vergé-Muñoz<sup>1</sup>  
Mar Vila-Grifoll<sup>1</sup>  
Bernardo Sánchez-Fernández<sup>1</sup>  
Carmina Castellano-Tejedor<sup>2,3</sup>

# Análisis dimensional de la personalidad del adolescente con conducta suicida

<sup>1</sup>Unidad de Conducta Suicida. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, España

<sup>2</sup>Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona, España

<sup>3</sup>Departamento de Psicología Básica. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra, España

**Objetivos.** El presente trabajo tiene por objetivo validar el enfoque bidimensional de personalidad internalizante y externalizante en una muestra de adolescentes con conducta suicida y analizar las diferencias psicopatológicas y sindrómicas entre los adolescentes que tienden a una u otra dimensión.

**Método.** Estudio descriptivo transversal con una muestra de 75 adolescentes (79% chicas) que acudieron a urgencias de un hospital pediátrico por conducta suicida. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, psicopatológicos y de perfiles de personalidad (MACI).

**Resultados.** El análisis factorial extrajo dos factores (total varianza 77.56%): un perfil internalizante (28% de casos) y otro externalizante (72% de los casos). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre perfiles en preocupaciones expresadas y síndromes clínicos del MACI.

**Conclusiones.** Se obtienen dos perfiles diferenciados de personalidad en la muestra de adolescentes con conducta suicida, siendo el perfil externalizante el más prevalente. Estos perfiles deberían ayudar a tomar decisiones clínicas y planificar intervenciones para reducir el riesgo de repetición de la conducta suicida.

**Palabras clave:** Adolescentes, Suicidio, Tentativa, Personalidad dimensional, Estudio exploratorio

*Actas Esp Psiquiatr* 2018;46(3):104-11

## Dimensional analysis of personality in adolescents with suicidal behavior

**Objectives.** This study is aimed at validating the dimensional internalizing and externalizing approach to personality in a sample of adolescents with suicidal behavior and analyzing the psychopathological and syndromic differences between adolescents from each dimension.

**Method.** It is a descriptive and cross-sectional study of 75 adolescents (75% women) who attended the emergency service of a pediatric hospital due to suicidal behavior. Sociodemographic, clinical and psychopathological data and personality profiles (MACI) were gathered.

**Results.** The factorial analysis found two factors (total variance of 77.65%): an internalizing (28% of the cases) and an externalizing profile (72% of the cases). Statistically significant differences were obtained between the two profiles in the expressed concerns and the clinical syndromes of the MACI.

**Conclusions.** Two differentiated personality profiles were found in our sample of adolescents with suicidal behavior. The externalizing profile was more prevalent. These profiles should guide clinical decisions and help plan therapeutic interventions to reduce the risk of suicidal behavior relapse.

**Keywords:** Adolescents, Suicide, Suicidal behavior, Dimensional personality, Exploratory analysis

Correspondencia:

Francisco Villar-Cabeza

Unidad de Conducta Suicida. Servicio de Psiquiatría y Psicología

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Correo electrónico: fvillar@sjdhospitalbarcelona.org

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud mundial con una incidencia de más de 800.000 muertes al año<sup>1</sup>. En España, el suicidio se encuentra en la primera posición de muerte por causas no naturales, convirtiéndose en una prioridad para los sistemas públicos de salud<sup>2</sup>. El fenómeno del suicidio entraña un sufrimiento físico y psicológico muy elevado, tanto para quien realiza la tentativa, como para sus allegados y los profesionales que deben abordar la situación<sup>3,4</sup>. Esto se traduce en la pérdida de muchos años potenciales de vida y conlleva costes emocionales y económicos importantes para la sociedad<sup>5</sup>.

Las tentativas autolíticas son mucho más frecuentes que los suicidios consumados. La Organización Mundial de la Salud estima que se producen 20 tentativas por cada suicidio consumado<sup>1</sup>, siendo la tentativa autolítica uno de los principales predictores del suicidio consumado<sup>1,3,6,7</sup>.

La población adolescente es considerada de mayor riesgo ya que hasta un 8% de jóvenes ha realizado una tentativa de suicidio a lo largo de su vida<sup>8</sup> frente a un 0,5% anual en el caso de los adultos<sup>9</sup>. Además, se ha evidenciado que entre un 20% y un 47% de la población adolescente psiquiátrica realizará una tentativa autolítica antes de los 18 años<sup>10</sup>.

Existe un conjunto de factores asociados con la conducta suicida que pueden estar relacionados bien con causas externas o ambientales (posición social, factores económicos, aislamiento social, inmigración, u otros factores culturales), bien con causas internas o individuales, como son la enfermedad mental, los factores psicobiológicos o la personalidad<sup>11,12</sup>.

Gran parte de los estudios<sup>13-15</sup> se ha centrado exclusivamente en el uso de métodos de clasificación psicodiagnóstica para estudiar la relación entre conducta suicida y personalidad psicopatológica. Sin embargo, estos indicadores diagnósticos presentan muy baja especificidad y no arrojan gran claridad en la etiología de la misma<sup>16,17</sup>. Es por esto que, respecto a la personalidad, un acercamiento basado en rasgos puede favorecer la detección del tipo de disfunción a nivel psicopatológico y el nivel de gravedad, facilitando la toma de decisiones de los profesionales<sup>18</sup>. Desde esta aproximación dimensional, se ha visto que la hostilidad, la agresividad, la impulsividad y la introversión aumentan la vulnerabilidad de las personas a presentar ideación de muerte<sup>19</sup>. Esto se confirmaría en los datos obtenidos por Simón y Sanchis<sup>20</sup> quienes realizaron una aproximación dimensional de la personalidad, utilizando el *Inventario Clínico para Adolescentes de Millon* (MACI) en una muestra de 1.194 adolescentes. De todos ellos, sólo 65 participantes mostraron resultados significativos de ideación de muerte activa, existiendo una alta correlación entre niveles clínicos de ideación y los rasgos

Introverso, Pesimista, Inhibido, Rebelde, Rudo, Oposicionista, Autopunitivo y Tendencia límite<sup>20</sup>. No obstante, este trabajo no abarca todas las facetas de la conducta suicida, entendiéndose como tal la tentativa, el gesto, la amenaza, o la ideación autolítica, por lo que serían necesarios más trabajos que, pese a la falta de consenso existente sobre la aplicabilidad del constructo de personalidad en edades tempranas<sup>21</sup> aporten conocimiento sobre la relación entre personalidad y conducta suicida de forma que se pueda garantizar la validez de los diagnósticos, precisar la gravedad de la clínica de los pacientes y facilitar el proceso de toma de decisiones<sup>18</sup>.

En esta línea, Achenbach y Edelbrock<sup>22</sup> sugieren categorizar los rasgos de personalidad en dos dimensiones, internalizante y externalizante, lo cual facilitaría su estudio empírico en adolescentes. Diversas investigaciones indican que estas dimensiones explican la mayor parte de asociaciones entre patrones de personalidad, indicadores de psicopatología y disfunción clínica<sup>23-25</sup>. Actualmente, este modelo bifactorial de personalidad está en auge debido a su valor teórico y a su utilidad clínica<sup>25</sup>.

De acuerdo con estas consideraciones, el presente estudio pretende validar el enfoque dimensional de la personalidad – perfil internalizante y externalizante – y analizar las posibles diferencias entre los adolescentes con conducta suicida que tiendan a una u otra dimensión, a fin de poder facilitar su valoración psicopatológica y, a su vez, para poder plantear intervenciones terapéuticas más adaptadas a las características e idiosincrasia de cada paciente.

## METODOLOGÍA

El diseño del presente estudio es de tipo transversal, descriptivo correlacional.

### Participantes

Se reclutó a adolescentes que precisaron un ingreso hospitalario tras acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) por presentar algún tipo de conducta suicida. El hospital opera con un área de influencia de 1.300.000 habitantes y recibe 100.000 visitas anuales en el servicio de urgencias.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron: 1) tener una edad comprendida entre 13 y 17 años (ambos incluidos) y 2) presentar algún tipo de conducta suicida (se incluye tentativa autolítica, gesto, amenaza e ideación autolítica). Como criterios de exclusión se consideraron: 1) presencia de déficits cognitivos u otros déficits neuropsicológicos que pudiesen dificultar la valoración clínica y/o la comprensión del concepto de muerte, así como la comprensión de los cuestionarios administrados, o 2) presentar autolesiones o

conductas parasuicidas, daño autoinfligido, intoxicaciones u otras conductas similares con intencionalidad ansiolítica, lúdica u otra que no fuese suicida.

La muestra final estaba formada por 75 adolescentes, de los cuales un 78,7% fueron mujeres ( $n=59$ ) y un 21,3% ( $n=16$ ) hombres, con una edad media de 14,84 años ( $D=1,39$ , rango 12-17). De éstos, el 13,3% ( $n=10$ ) acudieron por ideación autolítica, el 2,7% ( $n=2$ ) por presentar amenaza de suicidio, el 5,3% ( $n=4$ ) por presentar algún gesto autolítico, y el 78,7% ( $n=59$ ) por haber realizado una tentativa autolítica.

## Instrumentos de evaluación

Se recogieron datos relativos a género y edad, y se registraron variables clínicas relacionadas con la conducta suicida a partir de un protocolo *ad hoc*.

Para evaluar los rasgos de personalidad, así como las preocupaciones expresadas (nivel de gravedad de las mismas), y el perfil clínico se utilizó la versión española<sup>26</sup> del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (*Millon Adolescent Clinical Inventory*, MACI)<sup>27</sup>. El MACI es un inventario de autoinforme diseñado específicamente para evaluar las características de personalidad y síndromes clínicos en población clínica adolescente (entre 13 y 19 años). Consta de 160 ítems de respuesta dicotómica (V/F) repartidos en 31 escalas. Éstas se agrupan de la siguiente manera: una escala de validez del protocolo (*Fiabilidad*) y tres escalas modificadoras que permiten medir ciertas tendencias de respuesta de los pacientes (*Transparencia*, *Deseabilidad* y *Alteración*), doce escalas de prototipos de personalidad que reflejan la manera en que los rasgos y las características de personalidad del adolescente se combinan para formar los prototipos (*Inhibido*, *Pesimista*, *Sumiso*, *Histriónico*, *Introverso*, *Egocéntrico*, *Rebelde*, *Rudo*, *Conformista*, *Oposicionista*, *Autopunitivo* y *Tendencia Límite*). Otras ocho escalas de preocupaciones expresadas que se focalizan en sentimientos y actitudes del adolescente que pueden ser fuente de conflicto o preocupación (*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*) y otras siete escalas de síndromes clínicos, que incluyen trastornos de alta prevalencia y que se manifiestan de forma relativamente específica entre los adolescentes (*Trastornos de la alimentación*, *Inclinación al abuso de sustancias*, *Predisposición a la delincuencia*, *Propensión a la impulsividad*, *Sentimientos de ansiedad*, *Afecto depresivo* y *Tendencia al suicidio*). Este instrumento se validó en población española y los coeficientes de fiabilidad de las escalas se encuentran entre 0,65 (*Incomodidad respecto al sexo*) y 0,91 (*Desvalorización de sí mismo*). Entre las escalas de patrones de personalidad, los coeficientes van de 0,69 (*Sumiso*) a 0,90 (*Autopunitivo*)<sup>26</sup>.

## Procedimiento

La recogida de datos abarcó desde diciembre de 2015 hasta noviembre de 2016. Todos los datos relativos a variables demográficas (*género* y *edad*) y clínicas (*antecedentes personales de autolesiones, trastornos o rasgos desadaptativos de personalidad, bullying, abusos en la infancia, existencia de conducta suicida previa* y *número de atenciones por conducta suicida en urgencias*) relacionadas con la caracterización de la conducta suicida fueron recogidos por un profesional clínico (psicólogo o psiquiatra) perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) durante el ingreso del paciente.

Los datos respectivos a los rasgos de personalidad y los respectivos a la gravedad clínica (preocupaciones expresadas y síndromes clínicos concomitantes) se obtuvieron a través de la administración del Inventario MACI. Para ello, el profesional clínico, durante el ingreso del paciente, explicó brevemente las instrucciones del inventario hasta asegurarse de que el paciente era capaz de comprender adecuadamente la consigna. Completada la prueba, se realizó la corrección informatizada de la misma.

## Aspectos éticos

Esta investigación se llevó a cabo íntegramente en la Unidad de Suicidio del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Previamente a la misma, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética hospitalario -considerando la normativa ética interna, así como la de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki de 1975 con sus sucesivas enmiendas-. Todos los participantes otorgaron su consentimiento por escrito tras recibir la información relativa al trabajo, sus objetivos y al acuerdo de confidencialidad y protección de datos personales. La participación en este estudio no fue remunerada.

## Análisis estadístico

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 18. Para obtener datos descriptivos y de prevalencias de las distintas características sociodemográficas y variables asociadas a la conducta suicida, se realizaron análisis descriptivos y de distribución de frecuencias. A continuación, se realizó una categorización de las escalas de patrones de personalidad del MACI en perfiles mediante un análisis factorial por el método de extracción de componentes principales y rotación VARIMAX en el que se obtuvieron los perfiles internalizante/externalizante. Una vez obtenidos, la muestra se distribuyó en ambos perfiles mediante un análisis de conglomerado *k* medias y se analizaron las diferencias entre éstos

a partir de una comparación de medias mediante la prueba de *t* de Student y de análisis de la varianza (ANOVA) para muestras independientes (para las variables cuantitativas) y la prueba de Chi cuadrado (o el estadístico exacto de Fisher cuando no se cumplían criterios de aplicación para Chi cuadrado), calculada a partir de tablas de contingencia 2X2 (para las variables nominales). Se comprobó la normalidad de las puntuaciones del MACI con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La significación de todas las pruebas se ha considerado con un nivel de probabilidad del 5% o inferior, indicando siempre la significación exacta que ofrecía el SPSS.

## RESULTADOS

### Análisis factorial exploratorio del MACI

Para determinar si las escalas del patrón de personalidad del MACI se podían representar mediante una estructura de dos perfiles: internalizante y externalizante, se ha llevado a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE). La medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin indicó que la relación entre las escalas del patrón de personalidad del MACI es notable ( $KMO=0,847$ ), y la prueba de esfericidad de Bartlett señaló que se puede aplicar el análisis factorial ( $X^2=895,120$ ,  $p<0,001$ ).

El Análisis de Componentes Principales (ACP) indicó 2 factores con un valor propio superior a 1 (5,283, 4,023). Se extrajo un modelo de 2 factores que explica un total de varianza acumulada del 77,56%. En concreto, el primer componente explica un 44,03% y el segundo un 33,53%.

La matriz de componentes rotados (Varimax) sugirió la siguiente agrupación: el perfil internalizante está compuesto por las escalas *Egocéntrico* (signo negativo), *Histriónico* (signo negativo), *Introverso*, *Inhibido*, *Autopunitivo* y *Pesimista*. El perfil externalizante lo componen las escalas: *Rebelde*, *Rudo*, *Sumiso* (signo negativo), *Conformista* (signo negativo), *Oposicionista* y *Tendencia límite*. Las cargas negativas de las escalas *Egocéntrico* e *Histriónico* sugieren que puntuar bajo en éstas determina la pertenencia al perfil internalizante. Del mismo modo, las cargas negativas en las escalas *Sumiso* y *Conformista* señalan que puntuar bajo determina la pertenencia al perfil externalizante (ver Tabla 1).

### Análisis de conglomerado de *k* medias

Mediante un análisis de conglomerado de *k* medias hemos clasificado a la muestra en los dos perfiles obtenidos en el análisis factorial, el internalizante y el externalizante. En el conglomerado 1, perfil internalizante, se agrupan el 28% de los participantes ( $n=21$ ). El conglomerado 2, perfil

Escalas	Componente	
	Internalizante	Externalizante
Egocéntrico	-0,927	0,073
Histriónico	-0,920	0,015
Introverso	0,858	-0,048
Inhibido	0,838	-0,258
Autopunitivo	0,795	0,256
Pesimista	0,784	0,303
Rebelde	-0,289	0,862
Rudo	-0,174	0,859
Sumiso	0,078	-0,842
Conformista	-0,551	-0,783
Oposicionista	0,484	0,772
Tendencia Límite	0,485	0,626

externalizante, lo forman el 72% de los participantes ( $n=54$ ). El análisis de la varianza de un factor (ANOVA) indica que todas las escalas son significativamente diferentes entre los conglomerados, excepto Rebelde ( $p=0,086$ ).

No existieron diferencias estadísticamente significativas para los perfiles en función del género ( $p>0,05$ ), ni en función de la edad ( $p>0,05$ ). En el grupo de internalizantes hallamos un 90,5% de mujeres ( $n=19$ ) frente a un 74,1% de mujeres en el grupo de externalizantes ( $n=40$ ). La edad media para el grupo de externalizantes fue de 14,67 (DE=1,28), muy parecida a la del grupo de internalizantes ( $M=14,91$ ; DE=1,44).

Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre perfiles en relación a variables psicopatológicas tales como *antecedentes personales de autolesiones* (presentes en un 38,1% de los internalizantes,  $n=8$ , frente a un 48,1% de los externalizantes,  $n=26$ ), *trastornos o rasgos desadaptativos de personalidad* (presentes en un 19% de los internalizantes,  $n=4$ , frente a un 7,4% de los externalizantes,  $n=4$ ), *bullying* (presente en un 23,8% de los internalizantes,  $n=5$ , frente a un 35,2% de los externalizantes,  $n=19$ ), *abusos en la infancia* (presentes en un 4,8% de los internalizantes,  $n=1$ , frente a un 7,4% de los externalizantes,  $n=4$ ), *existencia de conducta suicida previa* (presentes en un 28,6% de los internalizantes,  $n=6$ , frente a un 40,7% de los externalizantes,  $n=22$ ) o en cuanto al número

de atenciones por conducta suicida en urgencias (más de una vez en un 14,3% de los internalizantes,  $n=3$ , frente a un 22,2% de los externalizantes,  $n=12$ ).

### Preocupaciones expresadas del MACI

Para la categoría de *preocupaciones expresadas* del MACI, existen diferencias estadísticamente significativas entre perfiles, puntuando los externalizantes significativamente superiores en las escalas: *Difusión de la identidad* ( $t_{(73)}=-7,067$ ,  $p<0,001$ , IC 95% -40,02 - -22,41,  $d=1,85$ ), *Desvalorización de sí mismo/a* ( $t_{(73)}=-7,922$ ,  $p<0,001$ , IC 95% -46,43 - -27,77,  $d=2,09$ ), *Desagrado con el propio cuerpo* ( $t_{(73)}=-4,546$ ,  $p<0,001$ , IC 95% -37,51 - -14,64,  $d=1,21$ ), *Inseguridad con los iguales* ( $t_{(73)}=-3,974$ ,  $p<0,001$ , IC 95% -39,78 - -13,21,  $d=1$ ), *Discordancia familiar* ( $t_{(73)}=-2,290$ ,  $p=0,025$ , IC 95% -24,87 - -1,73,  $d=0,56$ ), y *Abusos en la infancia* ( $t_{(73)}=-5,126$ ,  $p<0,001$ , IC 95% -35,83 - -15,77,  $d=1,3$ ).

Los internalizantes, puntúan significativamente más alto que los externalizantes en la escala *Incomodidad respecto al sexo* ( $t_{(73)}=3,256$ ,  $p=0,002$ , IC 95% 8,34-34,66,  $d=0,81$ ) y en *Insensibilidad social* ( $t_{(73)}=2,065$ ,  $p=0,043$ , IC 95% 0,480 - 27,23,  $d=0,53$ ).

La Tabla 2 muestra los descriptivos para las escalas de preocupaciones expresadas del MACI, para cada grupo de adolescentes.

### Síndromes clínicos del MACI

Para la categoría de *síndromes clínicos* del MACI se observan diferencias estadísticamente significativas entre perfiles, con los externalizantes presentando valores promedio significativamente superiores en las escalas: *Trastornos de la alimentación* ( $t_{(73)}=-3,670$ ,  $p<0,001$ , IC 95% -29,79 - -8,82,  $d=1$ ), *Inclinación al abuso de sustancias* ( $t_{(73)}=-5,343$ ,  $p<0,001$ , IC 95% -38,00 - -17,35,  $d=1,29$ ), *Propensión a la impulsividad* ( $t_{(73)}=-3,909$ ,  $p<0,001$ , IC 95% -32,22 - -10,46,  $d=0,94$ ), *Afecto depresivo* ( $t_{(73)}=-7,290$ ,  $p<0,001$ , IC 95% -43,53 - -24,84,  $d=1,92$ ) y *Tendencia al suicidio* ( $t_{(73)}=7,166$ ,  $p<0,001$ , IC 95% -39,82 - -22,49,  $d=1,88$ ).

Los adolescentes con un perfil internalizante obtienen valores promedio significativamente superiores en *Sentimientos de ansiedad* ( $t_{(73)}=2,236$ ,  $p=0,028$ , IC 95% 1,53 - 26,61,  $d=0,59$ ).

En la escala *Predisposición a la delincuencia* no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles.

Tabla 2	Estadísticos descriptivos por grupos para las escalas de preocupaciones expresadas	
Escala MACI	Grupo	Media (DE)
<i>Difusión de la identidad</i>	Internalizante ( $n=21$ )	48,86 (16,25)
	Externalizante ( $n=54$ )	80,07 (17,51)
<i>Desvalorización de sí mismo/a</i>	Internalizante ( $n=21$ )	51,38 (16,73)
	Externalizante ( $n=54$ )	88,48 (18,74)
<i>Desagrado por el propio cuerpo</i>	Internalizante ( $n=21$ )	50,67 (19,43)
	Externalizante ( $n=54$ )	76,74 (23,29)
<i>Incomodidad respecto al sexo</i>	Internalizante ( $n=21$ )	56,24 (28,32)
	Externalizante ( $n=54$ )	34,74 (24,60)
<i>Inseguridad con los iguales</i>	Internalizante ( $n=21$ )	45,19 (27,20)
	Externalizante ( $n=54$ )	71,69 (25,43)
<i>Insensibilidad social</i>	Internalizante ( $n=21$ )	54,10 (25,69)
	Externalizante ( $n=54$ )	40,24 (26,25)
<i>Discordancia familiar</i>	Internalizante ( $n=21$ )	48,57 (26,28)
	Externalizante ( $n=54$ )	61,87 (21,01)
<i>Abusos en la infancia</i>	Internalizante ( $n=21$ )	53,33 (20,38)
	Externalizante ( $n=54$ )	79,13 (19,25)

La Tabla 3 muestra los descriptivos para las escalas de síndromes clínicos del MACI, para cada grupo de adolescentes.

## DISCUSIÓN

Esta investigación pretende valorar la aplicabilidad del modelo bidimensional de mayor orden que permita categorizar las dimensiones de personalidad en los perfiles internalizante y externalizante<sup>25</sup>. Asimismo, compara ambos perfiles para estudiar posibles diferencias en la gravedad clínica de cada uno, dado que ello podría ser relevante para planificar intervenciones diferenciadas que reduzcan el riesgo de repetición de la conducta suicida.

Nuestros resultados se suman a otros que proponen el mismo acercamiento de la personalidad dimensional<sup>25,28</sup> y la conceptualizan como dos estructuras de mayor orden que

Tabla 3		Estadísticos descriptivos por grupos para las escalas de síndromes clínicos	
Escala MACI	Grupo	Media (DE)	
<i>Trastorno de la alimentación</i>	Internalizante (n=21)	52,71 (16,77)	
	Externalizante (n=54)	72,02 (21,68)	
<i>Inclinación al abuso de sustancias</i>	Internalizante (n=21)	45,62 (23,86)	
	Externalizante (n=54)	73,30 (18,55)	
<i>Predisposición a la delincuencia</i>	Internalizante (n=21)	46,86 (25,26)	
	Externalizante (n=54)	45,24 (25,46)	
<i>Propensión a la impulsividad</i>	Internalizante (n=21)	48,38 (25,90)	
	Externalizante (n=54)	69,72 (19,17)	
<i>Sentimientos de ansiedad</i>	Internalizante (n=21)	64,57 (22,12)	
	Externalizante (n=54)	50,50 (25,30)	
<i>Afecto depresivo</i>	Internalizante (n=21)	52,00 (16,67)	
	Externalizante (n=54)	86,19 (18,79)	
<i>Tendencia al suicidio</i>	Internalizante (n=21)	53,38 (15,89)	
	Externalizante (n=54)	84,54 (17,27)	

predisponen a la internalización o la externalización de síntomas, de forma congruente con lo obtenido por Hopwood y Grilo<sup>25</sup>. Las dimensiones con mayor valor (superior a 0,8) para el perfil internalizante se observan en las escalas *Introverso, Inhibido, Autopunitivo y Pesimista*; mientras que las de mayor valor (superior a 0,8) para el perfil externalizante se observan en las escalas *Rebelde, Rudo y Oposicionista*.

Asimismo, nuestros resultados coinciden con los obtenidos en un estudio llevado a cabo en nuestro mismo entorno sociocultural con adolescentes consumidores de cannabis, en el que también se encuentra esta categorización bifactorial de perfiles de personalidad<sup>29</sup>. Sin embargo, mientras en esa muestra de consumidores de cannabis existía una distribución equitativa entre internalizantes y externalizantes, en nuestra muestra de adolescentes con conducta suicida se observa un predominio del perfil externalizante. En los resultados del presente estudio, la escala de tendencia al suicidio del MACI identifica al perfil externalizante como el de mayor propensión a presentar conducta suicida. Esta tendencia, junto con el predominio del perfil externalizante en nuestra muestra resulta muy revelador y encuentra buen ajuste en los planteamientos de Klonsky de diferenciar per-

sonas con ideación suicida de personas que realizan tentativas autolíticas<sup>30</sup>, concretamente en el constructo teórico de "la capacidad de suicidio" tal y como la formula el autor en su Teoría de los Tres Pasos (3ST)<sup>31</sup>. Klonsky se basa en la teoría interpersonal de Joiner<sup>32,33</sup>, la cual plantea que "la falta de sensación de pertenencia", "la sensación de ser una carga para otros", especialmente asociadas a "desesperanza" y a "la capacidad de suicidio", son constructos que permiten explicar el proceso de suicidio e incorpora también el Modelo integral Motivacional-Volitivo de Conducta Suicida (IMV), que propone que el comportamiento suicida es resultado de una compleja interacción de factores, cuyo predictor proximal es "la intención de uno de involucrarse en un comportamiento suicida"<sup>34</sup>. El modelo más actual, la Teoría de los Tres Pasos (3ST), postula que la ideación suicida resulta de la combinación de "dolor y desesperanza", junto a una "falta de conexión o vinculación a otras personas", la "ausencia de un trabajo o proyecto vital significativo" y la propia "capacidad de suicidio", y que precisamente la conjunción de estos factores explicaría el paso de la ideación suicida a la acción (suicidios y tentativas)<sup>31</sup>. Klonsky propone tres categorías específicas de variables que contribuyen a la capacidad de suicidio: 1) Disposicionales, fundamentalmente de carácter genético; 2) Adquiridas, en un proceso de habituación a experiencias asociadas al dolor, lesiones, miedo y muerte, y; 3) Prácticas, referentes a factores que hacen el intento de suicidio más fácil, como accesibilidad a información y métodos para llevarlo a cabo<sup>31</sup>.

Proponemos, por tanto, considerar los perfiles internalizante y externalizante como variables "disposicionales". Así, en adolescentes con ideación de muerte, el perfil externalizante presentaría una mayor propensión a realizar tentativas a través de dos vías: la disposicional y la adquirida ya que las propias características de este perfil, con una mayor tendencia a la externalización de síntomas favorecería el paso a la acción, incrementando por tanto su "capacidad de suicidio". Además, los adolescentes con un perfil externalizante presentan cuadros clínicos de mayor gravedad, incluido el afecto depresivo, que en la infancia y a lo largo de la adolescencia puede cursar con mayor irritabilidad y alteraciones conductuales<sup>35</sup>. Esta gravedad clínica y el elevado afecto depresivo de estos pacientes explicarían la presencia del sufrimiento y la desesperanza necesarias para desarrollar la ideación suicida tal y como la plantean Joiner<sup>32,33</sup> y Klonsky<sup>30</sup>.

Creemos que estos constructos y factores moderadores planteados por las diferentes teorías<sup>31-34</sup>, pueden verse influenciados de forma diferencial por la presencia de rasgos de personalidad internalizante y externalizante, por lo que pensamos que tenerlos en consideración, no solo enriquecería el marco teórico explicativo, sino que podría mejorar la planificación de los objetivos de intervención para reducir el riesgo suicida. Así, en un adolescente con un perfil internalizante (inhibido, introverso, autopunitivo y pesimista, y con mayor

tendencia a experimentar sentimientos de ansiedad), en un primer abordaje se perseguiría vincularlo a un proyecto más de tipo individual, ya sea académico o laboral, con el objetivo de incrementar su conexión y su vinculación, reduciendo así la severidad de su ideación de muerte, abordando en etapas posteriores del tratamiento posibles dificultades de relación con los iguales derivadas de su perfil. Por otro lado, en un adolescente con un perfil externalizante, se podría pensar en actividades más orientadas a la vinculación a grupos de iguales adaptados, como podría ser inscribirlo en algún equipo deportivo, con el mismo objetivo de incrementar la conexión y la vinculación, en este caso a iguales. Además, en este perfil sería más importante si cabe mantener un plan de protección restrictivo, haciendo especial énfasis en la privación del acceso a medios letales o lesivos en alguna medida, con el objetivo de no incrementar su "capacidad de suicidio".

En cuanto a las limitaciones del estudio, la principal es el relativamente reducido tamaño de la muestra. Aunque es superior a los 65 adolescentes del estudio de Simón y Sanchis<sup>20</sup>, sería conveniente incrementar el tamaño de las muestras para poder disponer de mayor número de varones por si algún aspecto relacionado con las diferencias de género ha quedado oculto por la baja presencia en la muestra. La segunda es que no podemos disponer de un seguimiento de estos casos para verificar si los perfiles dan lugar a una evolución diferenciada y, por tanto, si dichos perfiles son realmente elementos clave para la comprensión de la conducta suicida.

Pese a estas limitaciones, los datos del presente estudio indican que las investigaciones deberían desarrollar y validar intervenciones diferenciales, conservando los objetivos de tratamiento propuestos por Klonsky & May<sup>31</sup>: 1) reducir dolor, 2) incrementar esperanza, 3) incrementar la conexión o vinculación y 4) reducir capacidad de suicidio, pero teniendo en cuenta las características diferenciales de ambas dimensiones de personalidad<sup>25</sup>.

## CONCLUSIONES

La estructura bidimensional demostrada por nuestros resultados puede facilitar la orientación terapéutica sin necesidad de un amplio listado de posibles diagnósticos con diferentes comorbilidades, ni un plan específico para cada uno de los muchos rasgos de personalidad predominantes, ya que éstos son poco informativos, pues diez de las doce escalas de personalidad del MACI, han mostrado relaciones con la conducta suicida. Además, esta orientación terapéutica puede optimizarse si se tienen en cuenta los postulados de los principales modelos teóricos.

El presente trabajo muestra la existencia de dos perfiles de personalidad en los adolescentes que presentan conducta

suicida con una mayor prevalencia del perfil externalizante. Incluir al adolescente que presenta conducta suicida en uno de estos dos perfiles puede ayudar al profesional a la toma de decisiones clínicas que sirvan para planificar intervenciones eficaces dirigidas a reducir el riesgo de repetición de la conducta suicida.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores del presente trabajo desean agradecer la colaboración de todos los adolescentes que voluntaria y desinteresadamente participaron en el presente estudio.

## FINANCIACIÓN

El proyecto de investigación cuenta con la colaboración de la ayuda de IRPF del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (convocatorias 2015 y 2016).

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative. Geneva; 2014.
2. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr y Salud Ment.* 2012;5(1):8-23.
3. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):133-54.
4. Picazo-Zappino J. El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr.* 2014;42(3):125-32.
5. Law C, Yip PS, Chen YY. The economic and potential years of life lost from suicide in Taiwan, 1997-2007. *Crisis.* 2011;32(3):152-9.
6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry.* 2008;192(2):98-105.
7. Tidemalm D. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ.* 2008;337:a2205.
8. Evans E, Hawton K, Rodham K, Psychol C, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2005;35(3):239-50.
9. Crosby AE, Han B, Ortega G, Lavonne A, Parks SE, Gfroere J. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 years. *Surveill summ.* 2011;60(13):1-22.
10. Bursztein C, Apter A. Adolescent suicide. *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22(1):1-6.
11. Milner A, Kölves K, Kölves K, Gladman B, De Leo D. Treatment priority for suicide ideation and behaviours at an Australian emergency department. *World J Psychiatry.* 2013;3(2):34.
12. Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr.* 2013;75(1):19-22.
13. Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, et al. Personality Disorder, Personality Traits, Impulsive Violence, and Completed Suicide in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33(8):1080-6.
14. Links PS, Gould B, Ratnayake R. Assessing suicidal youth with

- antisocial, borderline or narcissistic personality disorder. *Canadian J Psychiatry*. 2003;48(5):301-10.
15. Pompili M, Ruberto A, Girard, P, Tatarelli R. Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview. *Ann Ist Super Sanita*. 2003; 40(4):475-83.
  16. Arie M, Haruvi-Catalan L, Apter A. Personality and suicidal behavior in adolescence. *Clin Neuropsychiatry*. 2005;2(1).
  17. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Skodol AE, Grilo CM, Edelen MO, et al. Rasgos de la personalidad como predictores prospectivos de intentos de suicidio. *RET Revist Toxicom*. 2017;74-2015.
  18. Velting DM, Rathus JH, Miller AL. MACI Personality Scale Profiles of Depressed Adolescent Suicide Attempters: A Pilot Study. *J Clin Psychol*. 2000;56(5610):1381-5.
  19. Pompili M, Rihmer Z, Akiskal HS, Innamorati M, Iliceto P, Akiskal KK, et al. Temperament and Personality Dimensions in Suicidal and Nonsuicidal Psychiatric Inpatients. *Psychopathology*. 2008; 41(5):313-21.
  20. Simón A, Sanchis F. Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica. *Apunt Psicol*. 2010;28(3),443-55.
  21. Adshead G, Brodrick P, Preston J, Deshpande M. Personality disorder in adolescence. *Adv Psychiatr Treat*. 2012;18(2):109-18.
  22. Achenbach TM, Edelbrock CS. Psychopathology of Childhood. *Annu Rev Psychol*. 1984;35(1):227-56.
  23. Cosgrove VE, Rhee SH, Gelhorn HL, Boeldt D, Corley RC, Ehringer MA, et al. Structure and Etiology of Co-occurring Internalizing and Externalizing Disorders in Adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(1):109-23.
  24. Hink LK, Rhee SH, Corley RP, Cosgrove VE, Hewitt JK, Schulz-Heik RJ, et al. Personality Dimensions as Common and Broadband-Specific Features for Internalizing and Externalizing Disorders. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(6):939-57.
  25. Hopwood CJ, Grilo CM. Internalizing and Externalizing Personality Dimensions and Clinical Problems in Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010;41(4):398-408.
  26. Millon T, Aguirre G. MACI: Inventario Clínico para Adolescentes de Millon. Barcelona: TEA; 2004.
  27. Millon T. Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory. Minneapolis: N. C. Systems; 1993.
  28. Newman JLE, Larsen JL, Cunningham KB, Burkhart BR. An examination of the factor structure of the Millon Adolescent Clinical Inventory in a sample of detained adolescent boys. *Psychol Assess*. 2015;27(3):1022-36.
  29. García-Sánchez S, Matalí JL, Martín-Fernández M, Pardo M, Lleras M, Castellano-Tejedor C, et al. Personalidad internalizante y externalizante y efectos subjetivos en una muestra de adolescentes consumidores de cánnabis. *Adicc*. 2016;28(4):231-41.
  30. Klonsky ED, May AM. Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A Critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2014;44(1):1-5.
  31. Klonsky ED, May AM. The Three-Step Theory (3ST). A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *Int J Cogn Ther*. 2015;8(2):11429.
  32. Joiner T. Why people die by suicide. Harvard University Press; 2005. p. 276.
  33. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*. 2010;117(2):575-600.
  34. O'Connor RC. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In: O'Connor RC, Platt S, Gordon J, eds. *International handbook of suicide prevention: Research, policy, and practice*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2001.
  35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed*. Washington: DC; 2013.